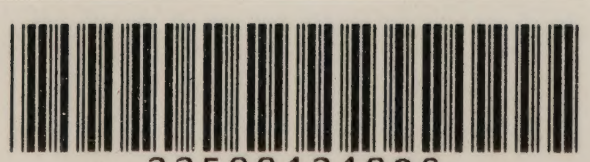
Bay No. 199


22500121098

E.C.

Digitized by the Internet Archive
in 2021 with funding from
Wellcome Library

https://archive.org/details/s2642id1338019

ACTES

DE LA

SOCIÉTÉ MÉDICALE

DES HOPITAUX DE PARIS.

Paris. — Imprimerie de L. Martinet, rue Mignon, 2.

ACTES

DE LA

SOCIÉTÉ MÉDICALE

DES HOPITAUX DE PARIS.

WELLCOME INSTITUTE LIBRARY

—

DEUXIÈME FASCICULE.

PARIS

GERMER BAILLIÈRE, LIBRAIRE-ÉDITEUR,

17, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE.

Londres, H. Baillière, 219, Regent-Street.
Lyon, Savy, place Louis-le-Grand.
Strasbourg, Derivaux, libraire.
St-Pétersbourg, Issakoff, Bellizard, libraires.
Madrid, Ch. Bailly-Baillière.
New-York, H. Baillière.
Montpellier, Savy, Sevalle, libraires.
Toulouse, Jougla, Gimet, Delboy, libr.
Florence, Ricordi et Jouhaud.

—

1852

Bay No. 199

WELLCOME LIBRARY INSTITUTE

WELLCOME INSTITUTE LIBRARY

Coll.	WelMOmec
Coll.	
No.	

NOTE PRÉLIMINAIRE.

La Société médicale des hôpitaux de Paris s'est fondée, en mai 1849, par l'initiative spontanée d'un certain nombre de médecins du Bureau central et de médecins titulaires qui en rédigèrent les premiers statuts, et par l'adhésion que la très grande majorité de leurs collègues s'empressa d'accorder à cette heureuse idée.

Les statuts ont été, depuis, régulièrement revisés, amendés et amplifiés dans les séances du 28 décembre 1849, du 3 octobre 1850 et du 10 décembre 1851.

La Société tient ses séances dans l'amphithéâtre de l'administration centrale des hôpitaux, rue Neuve-Notre-Dame, 2. Elle y a été dûment autorisée, sur sa demande, par une lettre officielle de M. Davenne, directeur général de l'assistance publique, à M. Requin, secrétaire général de la Société. (Lettre du 14 décembre 1849, n° 5544.)

Jalouse non seulement de coopérer par elle-même aux progrès de la science et de l'art, mais aussi de les encourager hors de son sein, la Société, dont les modestes finances ne coûtent rien au budget ni de la ville ni de l'État, mais n'ont pas d'autre source que la contribution volontaire de ses membres, vient, par une décision récente, de fonder un prix de 1,000 francs, à décerner à l'auteur du meilleur mémoire sur un sujet de médecine pratique qui doit être ultérieurement déterminé.

STATUTS

DE LA

SOCIÉTÉ MÉDICALE

DES HOPITAUX DE PARIS.

TITRE PREMIER.

CONSTITUTION ET BUT DE LA SOCIÉTÉ.

Article Ier.— Il est formé, à Paris, une Société de médecine qui prend le nom de *Société médicale des hôpitaux de Paris.*

Art. II. — Cette Société a pour but :

1° L'étude et les progrès de la médecine pratique ;

2° L'examen de toutes les questions relatives aux établissements hospitaliers ;

3° La défense des intérêts du corps médical des hôpitaux.

Art. III. — La Société se compose de membres titulaires, de membres honoraires et de membres correspondants.

Art. IV. — Sont membres titulaires fondateurs de la Société, les membres de l'ancienne Association du Bureau central qui auront adhéré aux présents statuts dans le délai d'un mois à partir de la constitution définitive de la Société.

Art. V. — Les médecins des hôpitaux civils, étrangers à la précédente Association, en exercice avant le 1er janvier 1849, seront admis, *de plein droit et sur leur simple demande,* à faire partie de la Société comme membres titulaires.

Cette faculté ne sera accordée que pendant les deux mois qui suivront la constitution définitive de la Société. Passé cette époque, les médecins des hôpitaux ou du Bureau central, qui désireront entrer dans la Société, devront

se soumettre aux conditions déterminées par les articles 17, 18 et 21.

Art. IV. — Seront admis comme membres titulaires, et aux mêmes conditions, les médecins chefs de service des hôpitaux militaires de Paris.

Art. VII. — Pourront également être admis parmi les membres titulaires, en se soumettant aux conclusions spécifiées dans les articles 17, 18 et 21, les pharmaciens en chef des hôpitaux civils de Paris, en exercice ou non, pourvu qu'ils ne tiennent pas d'officine.

Art. VIII. — Ne seront admis comme membres honoraires que ceux des membres titulaires qui, après cinq ans d'exercice, en feront la demande et obtiendront le consentement de la Société.

Art. IX. — Pourront être admis comme correspondants, les médecins attachés comme chefs de service à un hôpital civil ou militaire, soit en province soit à l'étranger, qui auront rempli les conditions d'admission spécifiées dans les articles 17, 18 et 21.

TITRE DEUXIÈME.

COMPOSITION DU BUREAU.

Art. X. — Le bureau de la Société est ainsi composé :

Un Président,
Un Vice-Président,
Un Secrétaire général,
Deux Secrétaires,
Un Trésorier-Archiviste.

Art. XI. — Tous les membres du bureau sont nommés pour un an. Ils sont tous rééligibles, à l'exception du président, qui ne pourra être renommé de nouveau qu'après un intervalle d'une année.

Art. XII.—L'élection des membres du bureau se fait au scrutin secret et à la majorité absolue des membres présents.

Art. XIII. — La Société est représentée hors des séances par un conseil d'administration composé du président, du secrétaire général, du trésorier et de cinq membres élus chaque année comme il est dit à l'article 12.

Les attributions de ce conseil sont déterminées par le règlement. Ses membres ne sont rééligibles qu'après une année d'intervalle.

TITRE TROISIÈME.

DES SÉANCES ET DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ.

Art. XIV. — La Société se réunit en séance deux fois par mois.

(*Les séances ont lieu les* 2e *et* 4e *mercredis de chaque mois, à trois heures et demie.*)

Art. XV. — Les questions administratives et professionnelles sont réservées, sauf le cas d'urgence, pour une séance qui leur sera spécialement consacrée tous les trois mois. Les autres séances sont exclusivement remplies par les travaux scientifiques ; ces dernières seules sont publiques, mais la Société peut toujours se constituer en comité secret.

Les séances professionnelles et administratives auront lieu un mercredi hors tour et sans jeton de présence.

Art. XVI. — La Société publie ses travaux et les procès-verbaux de ses discussions scientifiques.

Cette publication, dont le mode sera ultérieurement déterminé, est confiée à un comité spécial, composé de cinq membres élus chaque année et rééligibles. L'élection pourra porter sur les membres du bureau.

TITRE QUATRIÈME.

CONDITIONS D'ADMISSION.

Art. XVII. — La condition de toute candidature, soit pour le titre de membre titulaire, soit pour celui de membre correspondant, consiste dans l'envoi d'une demande

écrite d'admission, et dans la présentation d'un mémoire original inédit qui devient la propriété exclusive de la Société.

Art. XVIII. — Toute élection a lieu au scrutin secret et à la majorité absolue des membres présents.

L'élection ne pourra jamais avoir lieu que dans la séance qui suivra le rapport. Pour cette séance, le secrétaire général adressera à chaque membre de la Société une convocation spéciale, indiquant le nom du candidat.

TITRE CINQUIÈME.

RECETTES ET DÉPENSES.

Art. XIX. — Les dépenses de la Société comprennent :

1° Les frais de bureau et d'administration ;

2° Les frais de publication.

Art. XX. — Les recettes se composent :

1° Des droits de diplôme ;

2° Des droits fixes semestriels ;

3° Du montant des amendes fixées par le règlement ;

4° Du produit des publications.

Art. XXI. — Le prix du diplôme est fixé à 20 francs pour les membres titulaires et correspondants.

Les membres titulaires fondateurs et ceux qui, en vertu des articles 5 et 6, auront adhéré aux présents statuts dans le délai fixé, sont seuls exemptés de ce droit.

Le diplôme de membre honoraire est gratuit.

Art. XXII. — Le droit semestriel est fixé à 5 francs. Les titulaires seuls sont soumis à ce droit.

Art. XXIII. — Les membres titulaires déposent en outre, au commencement de chaque semestre, la somme de 24 francs, qui doit être conservée comme fonds de roulement pour l'acquittement de jetons de présence fixés à 2 francs, et délivrés à chaque séance.

Art. XXIV. — Les fonds de la Société pourront être

placés à intérêt, lorsqu'ils dépasseront la somme nécessaire aux dépenses courantes, et d'après une décision spéciale du Conseil d'administration.

TITRE SIXIÈME.

DISPOSITIONS PARTICULIÈRES.

Art. XXV. — Il n'est dérogé, par les présents statuts, ni pour le passé, ni pour l'avenir, aux engagements qui servent de base à l'Association des médecins du Bureau central. Celle-ci conserve son existence indépendante et son règlement spécial pour tous les cas non prévus dans les présents statuts.

Art. XXVI. — Les présents statuts seront rendus publics et communiqués aux médecins des hôpitaux civils et militaires de Paris, qui seront spécialement invités à y adhérer.

TITRE SEPTIÈME (1).

CONSEIL DE FAMILLE.

Art. XXVII. — Il y aura un Conseil de famille, composé de cinq membres, par voie d'élection dans les formes voulues (2). Ces membres seront nommés pour un an; ils seront tous rééligibles.

Art. XXVIII. — Le Conseil de famille est chargé de procéder à l'enquête des faits qui touchent à la considération de la Société.

Art. XXIX. — Le membre inculpé est assigné à comparaître devant le Conseil de famille, qui, s'il y a lieu, en réfère à la Société. A la Société seule appartient le droit de prononcer l'exclusion.

(1) Titre additionnel, adopté en séance du 10 décembre 1851, sur la proposition d'une commission de cinq membres, MM. Bricheteau, Guérard, Hardy, Legroux (rapporteur) et Requin.

(2) Art. XII des Statuts et art. XXXV du Règlement.

Art. XXX. — L'exclusion ne sera mise en délibération que dans une séance pour laquelle tous les membres titulaires auront été convoqués par un avis spécial. Elle ne pourra être prononcée qu'au scrutin secret et qu'à la majorité des deux tiers des membres présents.

RÈGLEMENT

DE LA

SOCIÉTÉ MÉDICALE

DES HOPITAUX DE PARIS.

(Voté primitivement en séance du 11 juillet 1849, et revisé en séance du 9 octobre 1850.)

TITRE PREMIER.

FONCTIONS DES MEMBRES DU BUREAU.

Article Ier. — Le Président règle le tour d'inscription des personnes qui ont des communications à faire à la Société; il ouvre les séances et en fait succéder les travaux conformément à l'ordre du jour; il dirige les discussions, met aux voix les propositions, recueille les suffrages, proclame les décisions de la Société; il nomme, séance tenante, de concert avec le bureau, les commissions chargées des rapports et travaux scientifiques; il veille à la régularité des listes de présence, et les clôt en y apposant sa signature.

Le Président convoque et préside le Conseil d'administration institué par l'article XIII des statuts.

Art. II. — Le Vice-Président, en cas d'absence du Président, remplit les mêmes fonctions.

Art. III. — Le Secrétaire général a pour fonctions de préparer l'ordre du jour de chaque séance; de classer et d'annoncer les pièces de la correspondance; de rédiger et de signer les décisions et tous les actes généralement quelconques de la Société ; d'écrire, au nom de la Société, toutes les lettres nécessaires, et de faire, à la fin de chaque année, le compte rendu des travaux. Il devra également, à la fin de chaque année, lire à la Société une notice sur les membres morts dans l'année. Tel ou tel membre, désigné spécialement, pourra remplacer le Secrétaire général pour ce dernier soin.

Art. IV. — Toutes les pièces adressées à la Société sont datées et paraphées par le Secrétaire général, le jour même qu'il les reçoit. Pareille constatation doit être faite de la présentation et de la lecture de ces pièces.

Art. V. — Le Secrétaire général a la garde des archives ; les livres, gravures, instruments, et tous les objets offerts à la Société ou acquis par elle, sont également mis en dépôt chez lui jusqu'à ce que leur nombre réclame une disposition réglementaire spéciale. Il dressera tous les ans un catalogue des objets qui lui auront été remis pendant l'année écoulée.

Art. VI. — Les Secrétaires sont alternativement chargés de la rédaction et de la lecture des procès-verbaux.

Art. VII. — Le Trésorier fait toutes les écritures relatives à la comptabilité de la Société ; il encaisse toutes les recettes ; il signe, de concert avec le Président, les bordereaux de dépenses ; il solde ces bordereaux.

TITRE DEUXIÈME.

DES SÉANCES.

Art. VIII. — Un registre spécial sera ouvert sur le bureau, pendant toute la séance, pour recevoir les signatures des membres présents. Il y aura, en outre, une

feuille de présence, particulièrement destinée à servir à la comptabilité du Trésorier.

Art. IX. — Lorsqu'un membre correspondant assiste à la séance, le Président informe la Société de la présence de ce membre, et mention en est faite au procès-verbal.

Art. X. — Tout membre titulaire qui n'aura pas signé la feuille de présence perd son droit au jeton dont il est question à l'art. XXIII des statuts. Il ne peut y avoir d'exceptions, à cet égard, que pour les membres qui auront obtenu un congé régulier.

Art. XI. — Les travaux des séances scientifiques ont lieu dans l'ordre suivant :

1° Lecture et adoption du procès-verbal;

2° Correspondance;

3° Lecture des rapports;

4° Lecture des travaux originaux;

5° Présentation de malades, de pièces anatomiques ou d'instruments.

Néanmoins, la Société peut, sur la proposition du bureau, intervertir cet ordre.

Art. XII. — La Société entend la lecture des rapports et des mémoires d'après leur ordre d'inscription. Cependant elle peut, par délibération expresse, accorder un tour de faveur.

Art. XIII. — Aucune lecture ne peut être interrompue, suspendue et renvoyée à une commission que d'après l'avis du bureau. En cas de réclamation, la Société est consultée et prononce.

Art. XIV. — Tout manuscrit communiqué par des personnes étrangères à la Société est déposé sur le bureau, et ne peut, dans aucun cas, être immédiatement repris par l'auteur. Qu'il soit ou non l'objet d'un rapport, il doit être déposé aux archives, et l'auteur ne peut le retirer qu'avec l'autorisation du Comité de publication.

Art. XV. — Tout travail, manuscrit ou non, présenté

par des personnes étrangères à la Société, pourra être l'objet d'un rapport, sur la décision du bureau.

Art. XVI. — Les commissions chargées des rapports sont composées de trois membres.

Art. XVII. — Le premier membre nommé reçoit les pièces que la commission doit examiner, et c'est lui qui est chargé de la convoquer. La commission choisit elle-même son rapporteur.

Art. XVIII. — Le bureau fixera le délai dans lequel le rapport devra être fait. Le délai expiré, une nouvelle commission pourra être nommée.

Art. XIX. — La discussion s'ouvre immédiatement sur les rapports. — Le rapporteur aura le droit de prendre le dernier la parole.

Art. XX. — Après avoir entendu une communication verbale ou un mémoire d'un de ses membres, la Société décide s'il y a lieu à discuter immédiatement ou à renvoyer la discussion à une autre séance.

Art. XXI. — Tout orateur qui s'engagera dans des digressions tout à fait étrangères à l'objet de la discussion, sera rappelé à la question par le président. Quiconque se laissera emporter hors des limites du ton convenable aux discussions scientifiques sera rappelé à l'ordre.

Art. XXII. — Après deux rappels à l'ordre, la parole est retirée à l'orateur.

Art. XXIII. — Après la discussion d'un rapport, les conclusions seules sont mises aux voix. S'il y a des amendements appuyés, ces amendements ont la priorité. Si cependant la proposition nouvelle entraîne le rejet des conclusions du rapport, celles-ci seraient mises aux voix.

Art. XXIV. — Les personnes étrangères à la Société ne peuvent assister à la lecture et à la discussion des rapports faits sur leurs ouvrages. Le Secrétaire général est chargé de leur adresser la copie certifiée des conclusions adoptées. On pourra consulter le rapport même aux archives,

mais on ne pourra en prendre copie que par autorisation du bureau.

Art. XXV. — Les communications faites par les membres de la Société ne sont soumises à un rapport que sur la demande de l'auteur et d'après une décision spéciale de la Société.

Art. XXVI. — L'ordre du jour des séances consacrées aux questions administratives et professionnelles sera fixé d'avance par le bureau, qui recevra dans ce but toutes les communications que les membres lui adresseront par écrit trois jours au moins avant la réunion de la Société.

Art. XXVII. — La Société pourra toujours prononcer l'urgence sur les questions d'intérêt général, et les porter à l'ordre du jour, même dans les séances qui ne leur sont pas spécialement consacrées.

TITRE TROISIÈME.

RECETTES ET DÉPENSES.

Art. XXVIII. — Tout membre qui aura laissé s'écouler une année entière sans verser le montant des droits fixés par les statuts sera exclu de la Société, après avoir reçu deux avertissements officiels.

Art. XXIX. — Les frais de bureau et d'administration seront réglés par le Conseil d'administration, et acquittés par le Trésorier sur le visa du Président.

Art. XXX. — Les frais de publication seront ordonnancés par le Conseil d'administration, et acquittés par le Trésorier sur le visa du Président.

Art. XXXI. — A la fin de l'année, le Trésorier rend ses comptes au Conseil d'administration, qui est chargé d'en faire un rapport à la Société.

TITRE QUATRIÈME.

PUBLICATIONS.

Art. XXXII. — Tous les ans, le Comité de publication

élu en vertu de l'article XVI des statuts, se constitue en choisissant dans son sein un président et un secrétaire.

Art. XXXIII. — Le Comité de publication se réunit sur la convocation de son président.

Art. XXXIV. — Le Comité est chargé de préparer et de surveiller les publications de la Société, conformément aux statuts et suivant le mode qui sera ultérieurement déterminé.

TITRE CINQUIÈME.

ÉPOQUE DES ÉLECTIONS. — RÉVISION DU RÈGLEMENT ET DES STATUTS.

Art. XXXV. — Les élections du Président, du Vice-Président, du Secrétaire général, des Secrétaires, du Trésorier, du Conseil d'administration et du Comité de publication, ont lieu dans la dernière séance d'avril. Le nouveau bureau entre en fonctions dans la première séance de mai.

Art. XXXVI. — Toute proposition tendant à modifier le Règlement devra être signée au moins par cinq membres titulaires, déposée sur le bureau, renvoyée à une commission, et discutée dans une séance pour laquelle tous les membres titulaires seront convoqués par une circulaire spéciale.

Art. XXXVII. — Toute proposition tendant à modifier les Statuts de la Société devra être signée au moins par dix membres titulaires, déposée sur le bureau, renvoyée à une commission, et discutée dans une séance à laquelle tous les membres titulaires seront convoqués par un avis spécial. Elle ne pourra être adoptée qu'à la majorité des deux tiers des membres présents.

LISTE DES MEMBRES

QUI COMPOSENT ACTUELLEMENT LA SOCIÉTÉ.

MM. Andral, à la Charité.
Aran, au Bureau central.
Baillarger, à la Salpêtrière.
Bally, médecin honoraire.
Baron, aux Nourrices.
Barth, à Beaujon.
Barthez (Ernest), à Sainte-Marguerite.
Barthez (François), à l'hôpital thermal militaire de Vichy.
Bazin, à Saint-Louis.
Beau, à Cochin.
Becquerel, à Sainte-Périne.
Béhier, à Bon-Secours.
Blache, aux Enfants-Malades.
Bouchut, service des teigneux.
Bouley, à Bon-Secours.
Bourdon, au Bureau central.
Bouvier, aux Enfants-Malades.
Bricheteau, à Necker.
Cruveilhier, à la Charité.
De la Siauve, à Bicêtre.
Devergie, à Saint-Louis.
Falret, à la Salpêtrière.
Fauvel, professeur de pathologie interne à l'École de médecine de Constantinople.
Gendrin, à la Pitié.
Gillette, aux Enfants-Malades.
Grisolle, à la Pitié.
Guéneau de Mussy (Henri), médecin de S. M. la reine Marie-Amélie.
Guéneau de Mussy (Noël), à Saint-Antoine.
Guérard, à l'Hôtel-Dieu.
Guillot, à Necker.
Hardy, à Saint-Louis.
Hérard, au Bureau central.
Hervez de Chegoin, à Necker.
Horteloup, à l'Hôtel-Dieu.
Labric, aux Ménages.
Legendre, à Lourcine.
Léger, à l'hospice des Incurables (femmes).
Legroux, à Beaujon.

MM. Louis, à l'Hôtel-Dieu.
Marrotte, à Sainte-Marguerite.
Martin-Solon, à l'Hôtel-Dieu.
Mitivié, à la Salpêtrière.
Moissenet, à la Salpêtrière.
Monneret, à Saint-Antoine.
Moreau (de Tours), à Bicêtre.
Nonat, à la Pitié.
Piédagnel, à l'Hôtel-Dieu.
Puche, à l'hôpital du Midi.
Requin, à l'Hôtel-Dieu.
Roger (Henri), aux Enfants-Trouvés.
Rostan, à l'Hôtel-Dieu.
Sandras, à Beaujon.
Serres, à la Pitié.
Tardieu, à La Rochefoucauld.
Trélat, à la Salpêtrière.
Trousseau, aux Enfants-Malades.
Valleix, à la Pitié.
Vernoix, à Saint-Antoine.
Vigla, à la Maison nationale de Santé.
Voisin, à Bicêtre.

TABLEAU GÉNÉRAL

DES

PRÉSIDENTS ET AUTRES FONCTIONNAIRES DE LA SOCIÉTÉ DEPUIS SA FONDATION JUSQU'A CE JOUR.

ANNÉE 1849-50.

Président.	MM. Andral.
Vice-président.	Legroux.
Secrétaire général.	Requin.
Secrétaires particuliers.	Béhier. Tardieu, d'abord ; puis, après la démission de M. Tardieu, Henri Roger.
Trésorier.	Horteloup.
Membres du conseil d'administration.	Bouvier. Gendrin. Gillette. Martin-Solon. Nonat.

Comité de publication.	MM. Requin, président. Béhier. Horteloup. Henri Roger. Valleix.

ANNÉE 1850-51.

Président.	MM. Fouquier.
Vice-président	Trousseau.
Secrétaire général.	Requin.
Secrétaires particuliers.	Léger. Henri Roger.
Trésorier.	Labric.
Membres du conseil d'administration	Gillette. Horteloup. Legroux. Martin-Solon. Valleix.
Comité de publication.	Requin, président. Léger, secrétaire. Béhier. Labric. Henri Roger.

ANNÉE 1851-52.

Président.	MM. Trousseau.
Vice-président.	Bouvier
Secrétaire général	Requin.
Secrétaires particuliers.	Léger. Henri Roger.
Trésorier	Labric.
Membres du conseil d'administration	Bricheteau. Gillette. Horteloup. Legroux. Valleix.
Comité de publication.	Requin, président. Léger, secrétaire. Béhier. Labric. Henri Roger.

ANNÉE 1852-53.

Président.	MM. Bouvier.
Vice-Président	Requin.
Secrétaire général.	Henri Roger.
Secrétaires particuliers.	Bouchut. Léger.
Trésorier.	Labric.

Conseil d'Administration.

MM. Bouvier, président de droit (art. 1er du Règlement).
Bricheteau.
Gillette.
Grisolle.
Monneret.
Valleix.

Comité de publication.

MM. Requin, président (élu).
Léger, secrétaire.
Labric.
Marrotte.
Henri Roger.

ACTES
DE LA
SOCIÉTÉ MÉDICALE
DES HOPITAUX DE PARIS.

DEUXIÈME FASCICULE.

RECHERCHES CLINIQUES
SUR
QUELQUES SIGNES PROPRES A CARACTÉRISER LE DÉBUT DE LA PHTHISIE PULMONAIRE.

Par M. Hippolyte BOURDON.

L'auscultation et la percussion ont jeté sans contredit un grand jour sur le diagnostic des tubercules du poumon. A l'aide de ces moyens d'exploration, le médecin peut reconnaître l'étendue de la lésion et le degré auquel elle est arrivée; il peut suivre les différentes phases de son développement. Cependant, lors du début de la maladie, quand les tubercules commencent à se former, lorsqu'ils sont petits, peu nombreux et séparés par du tissu pulmonaire sain, l'auscultation et la percussion ne fournissent ordinairement aucun signe morbide. Tous les auteurs, y compris Laënnec, sont d'accord sur ce point. M. Andral (1) va même jusqu'à admettre que les tubercules peuvent déterminer les symptômes les plus graves et entraîner la mort sans que leur existence ait pu être reconnue. J'ai eu l'occasion d'observer un fait de ce genre.

D'un autre côté, quelques phénomènes stéthoscopiques

(1) Note de l'ouvrage de Laënnec, page 194.

peuvent exister et n'être pas suffisants pour établir un diagnostic précis. Ainsi, on attache aujourd'hui une grande importance au prolongement anormal du bruit d'expiration que l'on considère généralement comme un signe de tubercules à l'état de crudité, et M. Louis, s'appuyant sur des faits cliniques, nous apprend que cette modification du murmure respiratoire est souvent produite dans des poumons parfaitement sains, et particulièrement au sommet du poumon droit. Quelle induction peut-on aussi tirer du caractère rude de la respiration indiqué comme traduisant la même lésion? Ne la rencontre-t-on pas souvent en l'absence de toute production tuberculeuse.

Enfin, les signes physiques des tubercules peuvent être masqués par des bruits anormaux se rattachant à une autre affection, un catarrhe pulmonaire, par exemple. La coexistence d'un emphysème vésiculaire rend encore le diagnostic plus obscur, le poumon donnant à la percussion un son plus clair malgré la présence des tubercules. J'ai souvenir d'un cas dans lequel un praticien, très expérimenté dans l'art d'explorer la poitrine, n'a pas pu se prononcer, quoique l'autopsie eût, peu de temps après, démontré que les poumons renfermaient un grand nombre de tubercules.

Les signes physiques de la phthisie pulmonaire peuvent donc manquer, être insuffisants ou être masqués; cependant il est d'une grande importance, et sous le rapport du pronostic et sous le rapport du traitement, de reconnaître, dès son début, une affection aussi grave. Tous les médecins sont, je crois, d'avis que si quelqu'une des nombreuses médications proposées peut avoir de l'efficacité, c'est surtout quand elle intervient au commencement de la maladie, avant que celle-ci ait envahi une grande partie des poumons, avant qu'elle soit arrivée à la période de ramollissement. C'est aussi dès l'origine que l'on doit

décider une question fort grave et fort délicate, celle du changement de climat.

Lorsque les signes physiques n'existent pas ou qu'ils ne peuvent éclairer suffisamment le diagnostic, il ne reste que les symptômes rationnels et généraux. Plusieurs d'entre eux ont certainement beaucoup d'importance; tels sont : l'amaigrissement, l'affaiblissement, la fièvre, les sueurs nocturnes, l'hémoptysie, etc. Mais, d'une part, ces phénomènes peuvent ne pas exister, témoin les cas de phthisie latente cités par M. Louis (1) (*obs.* 4, 30, 31, 32), ainsi que bien d'autres faits semblables cités par les auteurs; et, d'autre part, ils peuvent se rapporter à des maladies autres que la phthisie.

C'est particulièrement entre cette maladie et le catarrhe pulmonaire que le diagnostic différentiel est difficile. Voici ce que Laënnec dit à ce sujet : « Le catarrhe pulmonaire » peut, lors même qu'il n'y a aucun tubercule dans les » poumons, être accompagné d'hémoptysie, de fièvre » hectique, d'un amaigrissement considérable et d'une » expectoration tellement semblable à celle des phthisi- » ques qu'il n'y a aucun moyen de l'en distinguer. Et » d'un autre côté, le catarrhe symptomatique de la » phthisie pulmonaire peut exister pendant plusieurs mois » sans amaigrissement, ni fièvre notable. En général, la » fièvre est d'autant moins sensible que les tubercules » sont moins nombreux et plus isolés les uns des au- » tres (2). »

En présence de cette difficulté que j'ai souvent rencontrée, et que beaucoup de médecins ont sans doute aussi reconnue dans la pratique ; en songeant à l'obscurité qui environne fréquemment le début de la phthisie au dire même de Laënnec (3), ne doit-on pas chercher à

(1) *Recherches sur la phthisie*, page 408.

(2) Tome II, page 253.

(3) Tome II, page 253.

augmenter le nombre des symptômes propres à faciliter le diagnostic de la maladie qui nous occupe. Les signes tout à fait caractéristiques manquant le plus ordinairement au début, on ne saurait, il me semble, réunir un trop grand nombre de symptômes qui, en se groupant d'une certaine manière, puissent à peu près en tenir lieu.

Dès le début de nos études cliniques, nous avions été frappé de la fréquence de certains phénomènes morbides dans la phthisie pulmonaire et de leur rareté comparative dans les autres affections de la poitrine. Les examens de malades, auxquels nous nous sommes livré dans les hôpitaux, nous ayant fourni de nombreuses occasions de reconnaître l'importance de ces symptômes, nous en avons fait le sujet d'une étude spéciale ; nous avons cherché à établir, par des observations, leur valeur séméiologique, et nous sommes arrivé à nous convaincre qu'ils pouvaient non seulement être utiles au diagnostic différentiel de la phthisie, mais qu'ils pouvaient encore servir, en appelant l'attention du médecin vers cette affection, lorsqu'ils viendraient à apparaître dans le cours d'une autre maladie, telle que la chlorose (1), la rougeole, la fièvre typhoïde.

Ce sont ces recherches que j'ai l'honneur de présenter à mes collègues, et de soumettre à leur jugement éclairé.

Les symptômes, dont nous avons à nous occuper particulièrement, se rapportant à plusieurs organes, nous les examinerons dans des chapitres séparés. Dans les deux premiers, nous étudierons ceux qui se rapportent à l'estomac et au foie; nous exposerons, dans un troisième, nos recherches cliniques sur un symptôme encore peu

(1) M. Andral, dans les notes de l'ouvrage de Laënnec (t. II, p. 252), s'exprime ainsi : « J'ai vu quelquefois la phthisie pulmonaire survenir au » milieu d'une affection chlorotique, et en raison de cette circonstance » ses symptômes rester assez longtemps obscurs pour laisser quelque » doute sur la réalité de l'affection pulmonaire. »

observé, la *douleur thoracique* déterminée par la percussion. Tout ce que nous avons à dire sur ce phénomène morbide viendra à l'appui des idées émises par M. Beau dans son dernier mémoire sur la *névrite intercostale* (1).

CHAPITRE PREMIER.

SYMPTOMES GASTRIQUES.

Nous ne nous arrêterons pas ici sur certains troubles fonctionnels du tube digestif qui se montrent indistinctement dans presque toutes les maladies, et surtout dans celles qui s'accompagnent de fièvre; il ne sera pas question de l'inappétence, de la soif, de certains aspects de la langue. Nous nous occuperons de symptômes plus importants, plus spéciaux, qui témoignent d'un véritable état de souffrance de l'estomac, des *nausées*, des *vomissements*, des *douleurs épigastriques* spontanées ou provoquées par la pression, des *phénomènes dyspepsiques* bien caractérisés.

Nous rechercherons d'abord combien de fois ces différents symptômes ont été observés chez 157 phthisiques dont nous avons recueilli l'histoire; nous verrons avec quels caractères ils se sont présentés, avec quelles lésions ils étaient en rapport chez les malades qui ont succombé. A propos des recherches anatomiques, nous aurons occasion de parler d'une lésion peu connue de l'estomac qui a été décrite cependant en 1826, par M. Louis, avec le soin que cet habile observateur met à tous ses travaux; je veux parler de l'*état mamelonné* de la membrane muqueuse. Nous chercherons ensuite à expliquer les symptômes gastriques chez les sujets dont l'estomac a

(1) *Union médicale*, juillet 1849.

été trouvé parfaitement sain. Enfin, après avoir étudié les mêmes phénomènes dans la bronchite et avoir démontré, par des chiffres, leur rareté comparative, nous établirons le degré d'importance qu'ils peuvent avoir dans le diagnostic de la phthisie.

Sur 157 phthisiques, 112 nous ont présenté des symptômes gastriques. Ces symptômes ont été : 70 fois des vomissements, 25 fois des nausées, 16 fois des douleurs épigastriques, 1 fois de la dyspepsie. Chez 45 seulement, ces phénomènes morbides ont manqué.

Chez les 112 malades qui les ont présentés, ou du moins chez presque tous, il y a eu en même temps de l'inappétence, de la soif; la langue a été plus ou moins saburrale ou rouge, l'épigastre a été douloureux à la pression.

Ces symptômes se sont diversement combinés chez nos différents malades; disons d'abord quelques mots sur chacun d'eux étudié isolément.

Les *nausées* et les *vomissements* qui ont existé dans 95 cas se montraient ordinairement pendant la toux, et cela souvent après le repas; aussi les matières vomies étaient-elles la plupart du temps formées par des aliments plus ou moins digérés. Il est utile de remarquer que ces phénomènes pathologiques se manifestaient aussi bien après une toux légère qu'après une forte quinte; dans quelques cas, ils sont survenus spontanément, le matin à jeun, et alors les matières rejetées étaient muqueuses; rarement les vomissements ont été bilieux.

Les symptômes que nous étudions n'ont été observés que par intervalles chez beaucoup de nos malades; et s'il est vrai de dire qu'une très grande partie des phthisiques soumis à notre observation les ont présentés, il faut ajouter que quelques uns seulement les ont offerts d'une manière suivie. Le régime plus ou moins sévère et toujours favorable de l'hôpital, avec le traitement, a sans

doute été souvent pour quelque chose dans la suspension des troubles fonctionnels de l'estomac.

La *douleur épigastrique* s'est montrée fréquemment. Nous l'avons observée 66 fois, dont 16 fois non accompagnée de vomissements, ni même de nausées. Elle a été constatée chez plus de la moitié des malades qui ont présenté ces derniers phénomènes. Maintenant si nous voulons faire connaître ses caractères, nous dirons que la plupart du temps (45 fois) elle n'existait qu'à la pression ou à la percussion de la région de l'estomac; souvent elle ne consistait qu'en une sorte de sensibilité exagérée, reconnue à l'aide de ces moyens d'exploration, et dont les malades ne soupçonnaient pas l'existence.

Dans les autres cas, c'est-à-dire 21 fois, il y a eu des *douleurs spontanées* à la région épigastrique. Elles étaient plus ou moins vives, d'une durée plus ou moins longue; elles se montraient tantôt à jeun, tantôt après le repas; en général, elles étaient exaltées par l'ingestion des aliments. Chez le plus grand nombre de ces malades, l'épigastre était en même temps sensible ou douloureux à la pression; 6 fois cette région a été complétement indolente, les douleurs ayant été alors exclusivement spontanées.

La *dyspepsie*, que nous avons observée une fois indépendamment de toute nausée, de tout vomissement, n'a pas consisté en un dérangement momentané de la digestion; elle a, au contraire, existé pendant un temps assez long: c'est pourquoi nous l'avons signalée et placée à côté des phénomènes précédents.

Ces divers symptômes gastriques, groupés ou isolés, se sont montrés en général au commencement de la phthisie pulmonaire; quelquefois même ils ont précédé les signes rationnels, comme la toux, la dyspnée, l'hémoptysie, les sueurs nocturnes. Nous pourrions rapporter ici un grand nombre d'exemples; nous nous contenterons d'en citer quelques uns: chez une malade de vingt-six ans,

les vomissements ont précédé la toux d'un mois ; une autre femme, du même âge, avait eu souvent des vomissements et des douleurs d'estomac lorsqu'elle commença à tousser; chez un homme de vingt-quatre ans, la toux et l'oppression ont été précédées pendant trois mois par des douleurs très vives à l'épigastre avec dyspepsie; enfin, une jeune fille de dix-huit ans avait depuis longtemps de la dyspepsie et des douleurs d'estomac, lorsque les symptômes du côté des organes respiratoires sont survenus. M. Andral (1) admet que des symptômes, qu'il rapporte à la gastrite aiguë, marquent quelquefois le début de la phthisie pulmonaire. Au milieu de la santé la plus parfaite, selon cet habile professeur, un individu ressent une douleur plus ou moins vive à la région épigastrique; bientôt surviennent des nausées et des vomissements; la langue rougit et se sèche, la soif est intense; mais en même temps les symptômes d'une simple bronchite se déclarent, et après que les symptômes de la gastrite se sont amendés, la toux persiste, des hémoptysies surviennent, la dyspnée se manifeste; enfin, la tuberculisation des poumons est commencée.

M. Beau, qui a observé que la dyspepsie non seulement accompagne souvent, mais précède la phthisie pulmonaire dans un grand nombre de cas, cite l'exemple d'une jeune fille qui a souffert de dyspepsie avec névralgie intercostale pendant cinq mois avant l'apparition des signes rationnels des tubercules, tels que hémoptysie, fièvre du soir, etc.

Tissot admet que la consomption pulmonaire est quelquefois une suite des dérangements de l'estomac.

Enfin, Baumes (2) décrit une *phthisie gastrique* qui est une suite du désordre des fonctions des organes abdominaux, et qui a une marche qui lui est propre.

(1) *Leçons de pathologie interne.*
(2) Tome II, page 48.

Si, de même que ces auteurs, nous avons vu les symptômes gastriques marquer le début de la phthisie et précéder les troubles des fonctions respiratoires, plus fréquemment, il faut en convenir, nous avons vu ces symptômes commencer ensemble, ou les derniers précéder les premiers. Toujours est-il que c'est dans la première période que nous avons observé le plus souvent les symptômes gastriques. En effet, sur les 112 malades qui les ont présentés, 79, c'est-à-dire plus des deux tiers, étaient atteints de tubercules à l'état de crudité seulement; chez 10, ces productions accidentelles étaient en voie de ramollissement; chez 23, il existait des cavernes.

En calculant sur le chiffre total de nos phthisiques, nous trouvons que sur 104 sujets atteints de la maladie au premier degré, 79, c'est-à-dire les trois quarts, ont présenté des accidents du côté de l'estomac, tandis que sur 53 sujets affectés de la maladie au deuxième et au troisième degré, 33 seulement, c'est-à-dire moins des deux tiers, ont offert ces accidents.

Le résultat est contraire à ce que disent la plupart des auteurs relativement à ces sortes de phénomènes morbides. Selon M. Louis, dans la première période, le seul symptôme gastrique qu'on observe est le vomissement après le repas : il l'attribue alors à la toux. Pour cet auteur, c'est dans les deuxième et troisième périodes que surviennent les phénomènes qui se rattachent aux différentes lésions de l'estomac. Suivant M. Andral, les accidents dont il est question sont encore plus fréquents dans le deuxième et le troisième degré de la phthisie que dans le premier.

La différence qui existe entre le résultat de nos recherches et l'opinion des auteurs que nous venons de citer tient à ce qu'ils n'ont pas attaché d'importance aux vomissements qui se montrent pendant la toux au commencement de la phthisie, à la douleur ou à la dyspepsie qui se manifestent indépendamment de tout autre symptôme

gastrique, ne prenant en considération ces divers phénomènes que quand ils sont réunis, de manière à signaler l'existence d'une véritable maladie de l'estomac, comme une gastrite aiguë ou chronique, un ramollissement. Il est vrai que ces phénomènes morbides, qui constituent alors bien plutôt une complication qu'ils ne sont des signes de la phthisie pulmonaire, se déclarent bien plus fréquemment à la fin de la maladie qu'au commencement. Mais il est facile de voir que dans ce travail, nous n'envisageons pas les symptômes gastriques sous le point de vue restreint, spécial, des complications; et que nous leur attachons de l'importance, même quand ils apparaissent isolés les uns des autres, pour les faire servir au diagnostic de la maladie principale.

Après avoir décrit ces divers accidents, cherchons à les expliquer, voyons s'ils peuvent être toujours rapportés à une lésion de l'estomac. Le moyen de résoudre la question consiste à étudier l'état de cet organe chez les sujets qui ont succombé après avoir présenté les symptômes décrits. Non seulement cette étude nous permettra de constater s'il a existé, oui ou non, une altération de l'estomac, mais encore elle fera connaître, par la comparaison des faits entre eux, les rapports qui ont existé entre certaine altération et certains phénomènes pathologiques.

Du résultat de ces recherches anatomiques, on pourra jusqu'à un certain point conclure par analogie, relativement aux malades qui n'ont pas succombé, et à l'égard de ceux dont la nécropsie n'a pas été faite.

Sur les 112 phthisiques qui ont offert des symptômes gastriques, 22 ont succombé pendant qu'ils étaient soumis à notre observation; seize fois l'estomac a été examiné: *neuf fois* on y a rencontré quelque lésion; *sept fois* il a été trouvé parfaitement sain.

Les lésions ont été assez variées : *une fois* elles ont con-

sisté en un piqueté rouge-brun avec teinte ardoisée de la membrane muqueuse chez un sujet qui avait présenté des nausées, un enduit jaunâtre de la langue et de la fièvre, sans douleur, ni sensibilité de l'épigastre.

Une fois la membrane muqueuse était ramollie au niveau du grand cul-de-sac de l'estomac, sans coloration anormale, ni arborisation, mais avec un emphysème sous-muqueux bien caractérisé, quoique l'autopsie ait été pratiquée trente-trois heures seulement après la mort et dans une saison froide. Des vomissements, une douleur à l'épigastre et de la fièvre avaient été observés pendant la vie; la langue toutefois avait conservé son apparence normale.

Une fois nous avons rencontré un état rugueux de la muqueuse au voisinage du pylore avec une augmentation de consistance de cette membrane dans tous ses points, sans changement de couleur, ni arborisations.

Enfin *six fois* nous avons trouvé une lésion particulière qui paraît n'être qu'un degré plus avancé de la précédente lésion qui a été étudiée pour la première fois par M. Louis (1) : je veux parler de l'état mamelonné de la membrane muqueuse. Cette tunique présentait des élevures de 2 à 3 millimètres de diamètre, très serrées les unes contre les autres, qui rendaient la surface raboteuse, inégale. La membrane était plus épaisse dans les points occupés par cette lésion, excepté au niveau de quelques sillons qui la parcouraient, et au fond desquels elle paraissait plutôt amincie qu'épaissie. Elle n'était nullement ramollie; elle était, au contraire, d'une consistance plus grande : elle semblait être indurée au niveau des mamelons, c'est du moins la sensation que le doigt ou le scalpel promené à sa surface faisait percevoir; aucune ulcération n'y a été observée; cinq fois la coloration a été trouvée

(1) *Recherches anatomico-pathologiques*, page 110.

normale, peut-être dans 2 ou 3 cas, un peu plus grise que d'habitude; une fois il y avait un peu de piqueté rouge.

Il est une remarque importante à faire relativement à cette altération, c'est qu'elle a eu pour siége constant la portion droite de l'estomac; cinq fois elle a occupé la région du pylore, le voisinage de cette ouverture, une fois la moitié droite du viscère. La lésion décrite précédemment, et qui se rapprochait tant de celle-ci, avait le même siége.

Tous les malades qui ont offert cette altération ont eu des vomissements : cinq pendant plus de deux ou trois mois et à l'occasion de la toux, deux vers la fin de la maladie, en même temps qu'il survenait du muguet. Chez ces deux malades et chez un troisième, la langue a été rouge à la pointe; chez les quatre autres, elle a été normale (une fois) ou blanchâtre (trois fois). Chez six d'entre eux, il n'y a pas eu de douleurs, ni de sensibilité à la pression de l'estomac; chez un seul, il y a eu des souffrances du côté de cet organe, et c'est un des deux malades qui ont eu du muguet à la fin de leur vie; encore la douleur épigastrique a-t-elle été vive seulement lorsque cette grave complication, ordinairement l'indice d'une mort prochaine, est survenue. Tous ont eu de la fièvre.

De quelle nature sont ces diverses lésions? Celle qui consiste en un piqueté rouge-brun avec teinte ardoisée de la membrane muqueuse peut à bon droit être regardée comme inflammatoire. Mais nous n'oserions considérer comme tel le ramollissement du grand cul-de-sac sans coloration anormale, ni arborisation, et cela à cause de l'emphysème sous-muqueux qui existait en même temps et qui témoignait d'un certain degré de putréfaction. Quant à l'état mamelonné et rugueux, si je considère que six fois sur sept il n'y a pas eu de changement de coloration, une seule fois un piqueté rouge peu étendu, que dans aucun cas il n'y a eu de ramollissement, ni d'ulcération, j'hésite

à le considérer comme le résultat de l'inflammation. Les caractères de ce genre d'altération me semblent s'éloigner trop de ceux qui constituent ordinairement la phlegmasie des membranes muqueuses. De plus, six fois sur sept un des symptômes les plus caractéristiques, d'après tous les auteurs : de l'inflammation de l'estomac a manqué complétement; je veux parler de la douleur et de la sensibilité épigastriques qui existaient onze fois sur douze chez les malades qui font le sujet du mémoire de M. Louis sur le ramollissement de l'estomac. Je sais bien que plusieurs autres symptômes de gastrite existaient, des vomissements et de la fièvre chez tous les malades, la rougeur de la langue chez trois d'entre eux; mais pour la plupart des pathologistes, les symptômes gastriques isolés ne suffisent pas pour faire diagnostiquer une phlegmasie de l'estomac; pour cela, il faut un certain ensemble de phénomènes morbides. D'ailleurs, nous allons voir que ces symptômes peuvent exister, même tous réunis chez un sujet, sans que pour cela on rencontre à l'autopsie une altération quelconque de l'estomac. M. Louis avait constaté le même fait, puisqu'il reconnaît (1) que des malades dont l'estomac a été trouvé parfaitement sain avaient présenté des symptômes en tout semblables à ceux dont l'estomac a offert l'état mamelonné.

Si donc j'étais obligé de m'expliquer sur la nature de cette dernière lésion, je dirais que je suis plutôt porté à la considérer comme une sorte d'hypertrophie de la membrane muqueuse, état pathologique qui ne serait que l'exagération de la disposition granuleuse, mamelonnée normale de cette tunique et le premier degré d'une altération qui consiste en excroissances, végétations ou polypes, et qui a été observée par Rullier, Billard, MM. Andral, Barth, Mercier, Moutard-Martin, et plus récemment

(1) Ouvrage cité, page 115.

par M. Leudet (1), interne distingué des hôpitaux de Paris. M. Boyer (2) a observé, il y a quelques années, une lésion tout à fait semblable à celle dont nous nous occupons, avec la teinte grisâtre et l'augmentation de densité de la muqueuse. Cette membrane n'était pas la seule hypertrophiée; toutes les autres, y compris la séreuse, participaient de la même altération, de telle sorte que les parois de l'estomac avaient plus de 2 centimètres d'épaisseur. La coïncidence, dans ce fait, de l'hypertrophie bien manifeste de toutes les tuniques avec la lésion de la muqueuse dont il est ici question, semble venir à l'appui de l'opinion que nous venons d'émettre sur la nature de cette dernière.

Quant à la localisation, nous placerions l'hypertrophie dans les papilles, et non dans les follicules muqueux; ceux-ci sont plus nombreux vers le cardia que dans la région pylorique où nous avons spécialement rencontré les mamelons, et de plus ils présentent un orifice à leur centre, même lorsqu'ils sont hypertrophiés, tandis que les mamelons ne présentaient rien de semblable.

Nous avons dit que sept fois nous avions trouvé l'estomac parfaitement sain à l'autopsie de malades qui avaient présenté des symptômes analogues à ceux que nous avons décrits et qui devaient faire supposer l'existence de quelque lésion; comment alors expliquer les phénomènes morbides, les vomissements qui ont existé dans 5 cas, les nausées dans 1, la sensibilité épigastrique chez cinq malades, les douleurs spontanées à l'épigastre chez deux; enfin, la rougeur de la langue, dont deux fois avec muguet, chez trois sujets, symptômes qui ont été accompagnés de fièvre dans 6 cas?

Le foie ayant été trouvé malade chez cinq de ces sujets

(1) *Bulletin de la Société anatomique*, 1847, p. 206.
(2) *Bull. de la Soc. anat.*, 1848, p. 49.

(trois fois gras et augmenté de volume, une fois gras, le volume étant resté le même, une fois hypertrophié et rouge-brun), pourrait-on considérer les phénomènes morbides de l'estomac comme sympathiques des lésions du foie? Nous ne le croyons pas, et nous nous appuyons, pour repousser cette explication sur ce que l'hypertrophie et la dégénérescence graisseuse du foie ne produisent pas ordinairement les accidents décrits; dans tous les cas, on aurait encore à expliquer les symptômes gastriques chez les deux sujets dont l'autopsie n'a révélé aucune lésion du côté du foie.

D'après les renseignements que nous ont fournis nos nécropsies, nous pouvons, je crois, faire des suppositions sur l'état de l'estomac de ceux de nos malades qui ont présenté les accidents dont nous nous occupons et dont les viscères n'ont pas été examinés. Nous pouvons croire que chez un bon nombre d'entre eux il n'existait aucune lésion de l'estomac; que chez ceux qui ont éprouvé ces accidents, sans douleur, il y avait l'état mamelonné dont nous venons de parler; qu'enfin chez ceux qui ont eu, en même temps, des douleurs et surtout des douleurs spontanées, il existait un degré plus ou moins avancé de ramollissement : cette dernière supposition serait fondée bien plutôt sur les recherches de M. Louis que sur les nôtres, puisqu'il ne nous a été donné d'observer le ramollissement que deux fois, dont une fois avec des caractères douteux.

Si, dans beaucoup de cas, les symptômes gastriques ne peuvent être considérés comme dépendants d'une lésion matérielle de l'estomac, comment alors expliquer leur production?

La fièvre, qui accompagne si souvent le développement des tubercules et leur évolution, peut bien rendre compte de certains phénomènes, comme l'inappétence, la soif, quelques aspects de la langue; mais il n'en est pas de

même à l'égard des autres, et particulièrement à l'égard du vomissement.

Quelques auteurs qui se sont occupés de ce symptôme dans la phthisie l'attribuent aux efforts de la toux; nous citerons en particulier Morton (1) et Bayle (2).

M. Louis, que nous sommes conduit à citer si souvent dans ce travail, l'explique de la même manière, mais dans un nombre de cas restreint, quand, par exemple, il n'y a pas de douleur à l'épigastre, lorsque l'appétit est bon et la digestion facile; il ajoute que c'est le plus souvent au début de l'affection que ces cas se présentent: remarque qui, du reste, se trouve d'accord avec ce que nous avons observé.

Malgré la grande autorité de ces auteurs, nous ne pensons pas que le vomissement, dans les cas indiqués, puisse être attribué exclusivement à la toux, et nous nous appuyons sur des observations nombreuses de bronchites dans lesquelles le vomissement a presque toujours, pour ne pas dire toujours, manqué, bien que la toux ait provoqué des secousses de l'estomac au moins aussi fortes dans ces maladies que dans les cas de phthisie pulmonaire.

Nous voyons, en ce moment, à l'hôpital Sainte-Marguerite, salle Sainte-Cécile, n° 15, une phthisique qui vomit presque tous les matins, et cela sans tousser; cette malade ne présentant pas du reste les signes d'un ramollissement de la membrane muqueuse de l'estomac. Ce fait ne vient-il pas encore confirmer notre opinion? Quelle est, en définitive, la cause prochaine de ce genre de vomissement qui n'est pas lié à une altération anatomique de

(1) Quâ commotione (tussis) ventriculus, ob viciniam, in consensum tractus etiam agitatur, donec, tandem motu ejus naturali jam funditùs inverso, omnia in eo contenta vomitu sursùm effundantur. (Tome I, p. 53.)

(2) « Les vomissemens ne sont pas rares chez les phthisiques, ils dé» pendent assez souvent des quintes de toux. »

l'estomac, et qui ne peut être attribué aux efforts de la toux? N'est-il pas possible de le considérer comme un phénomène sympathique, comme un trouble purement dynamique de l'estomac, cet organe recevant des filets nerveux du même système que le poumon, c'est-à-dire du nerf pneumo-gastrique? On comprend, en effet, que l'organe respiratoire subissant une altération aussi grave, l'estomac, sous la dépendance du même influx nerveux, présente quelques troubles dynamiques.

Maintenant si l'on se demande pourquoi dans d'autres maladies de poitrine, dans la bronchite, par exemple, les mêmes symptômes ne s'observent pas, nous répondrons que dans cette maladie il n'y a pas une lésion de texture, une désorganisation comparable à celle de la tuberculisation du poumon, un affaiblissement général aussi considérable et si propre d'ailleurs à mettre en jeu toutes les sympathies : nous ajouterons que ce n'est pas le même élément qui est le siége de la lésion, puisque dans l'une des maladies, ce sont les canaux aériens, tandis que dans l'autre c'est le parenchyme pulmonaire lui-même.

Dans la coqueluche, on observe aussi des vomissements pendant les quintes de toux; mais personne aujourd'hui ne considère cette affection comme une simple phlegmasie des bronches; tous ceux qui admettent cette phlegmasie comme constante sont obligés de reconnaître qu'il s'y joint une lésion d'innervation; le plus grand nombre des médecins va jusqu'à considérer la coqueluche comme une névrose, dont la bronchite n'est qu'un accident, une complication. Quoi qu'il en soit, cet élément nerveux ou cette névrose, dont le siége peut être placé dans le nerf pneumo-gastrique, rend compte de la différence qui existe entre les symptômes de la bronchite et ceux de la coqueluche, par exemple, de la rareté des vomissements dans la première et de leur fréquence dans la seconde. Pour soutenir notre opinion, nous ne nous servirons pas des

autopsies dans lesquelles on a rencontré (1) des traces d'inflammation du nerf de la huitième paire, puisque Albers, de Bonn, Baron et les médecins de l'hôpital des Enfants, n'ont pas retrouvé cette lésion. D'ailleurs, elle ne nous est pas nécessaire pour expliquer des symptômes qui peuvent dépendre, ainsi que nous l'avons admis, d'un simple trouble fonctionnel dynamique.

Cette sympathie, que nous avons dit exister entre le poumon et l'estomac et qui est expliquée par l'anatomie, est reconnue par un grand nombre de pathologistes, parmi lesquels je citerai Stoll (2), Eichorn (3), Simmons Jas (4), Baumes (5) et Bayle (6).

S'il est vrai que les maladies de l'estomac puissent produire la toux, ainsi que plusieurs de ces auteurs et d'autres l'admettent (7), on comprend très bien que, par une influence réciproque, certaines affections du poumon produisent des troubles dans les fonctions de l'estomac.

Une lésion anatomique très commune dans la phthisie ne peut-elle pas aussi expliquer, dans un certain nombre de cas, les symptômes dont il est question?

On sait que les ganglions bronchiques sont souvent augmentés de volume et plus ou moins dégénérés dans la tuberculisation : ces ganglions, placés à la racine des poumons et autour des bronches, au niveau des points où les nerfs pneumo-gastriques s'épanouissent pour former les

(1) Breschet et Killian.

(2) *Ratio medendi.*

(3) *De morbis gastricis phthisin mentientibus* (Gœttingue, 1788).

(4) *De mirabili, quæ pectus inter et ventriculum intercidit, sympathiâ* (Lug. Batav., 1784).

(5) Ouvrage cité.

(6) « D'autres fois les vomissements sont déterminés par une irritation » sympathique de l'estomac, dans lequel abondent tantôt des matières » glaireuses, fades et acides, tantôt une étonnante quantité de bile jaune » et amère. » (Ouvrage cité.)

(7) Baumes, Stoll, Baillou.

plexus, ne peuvent-ils pas comprimer ces nerfs, les comprendre dans leur travail pathologique, gêner ou troubler leur fonction et produire en définitive des symptômes vers l'estomac? Des recherches anatomiques seraient nécessaires pour résoudre cette question.

La *douleur* et la *sensibilité* de l'épigastre, ainsi que la *dyspepsie*, qu'on observe chez les phthisiques qui n'ont pas cependant de lésions matérielles de l'estomac, peuvent, au même titre que le *vomissement*, être expliquées par les rapports sympathiques qui lient les organes respiratoires aux organes digestifs. Je ferai observer cependant que le foie débordant très souvent l'appendice xiphoïde, et devenant plus sensible, ainsi que je l'établirai bientôt, la sensibilité épigastrique peut bien dans un certain nombre de cas être rapportée au foie.

Pour compléter ce que nous avions à dire sur l'interprétation des symptômes gastriques chez tous nos malades, nous devons ajouter que, dans un cas, ils ont pu être expliqués par l'existence probable d'un cancer de l'estomac qui compliquait la phthisie, et que, dans un autre, les vomissements ont pu dépendre d'une méningite tuberculeuse concomitante.

Nous avons dit que 45 de nos 157 phthisiques n'avaient pas présenté de symptômes gastriques : sur ce nombre 25 étaient affectés de tubercules au premier degré; 5 étaient arrivés à la deuxième période, et 15 à la troisième.

On pourrait peut-être réduire ce chiffre de 45 déjà peu considérable relativement, en retranchant 4 cas dans lesquels l'existence des tubercules était douteuse, et deux dont les observations incomplètes manquent de détails relativement aux fonctions digestives.

Ainsi, les symptômes gastriques que nous avons étudiés n'auraient manqué que trente-neuf fois sur 157 malades. Encore faut-il ajouter que 14 de ces 39 sujets, à

défaut de symptômes gastriques, ont présenté du côté du foie des phénomènes qui, ainsi que nous chercherons à le prouver dans le chapitre suivant, ont une assez grande valeur pour le diagnostic de la phthisie pulmonaire; ce qui réduirait à 25 le chiffre des malades chez lesquels il ne s'est manifesté aucun symptôme gastrique ou hépatique.

Sur les 45 sujets dont nous nous occupons, 15 ont succombé. Huit fois l'estomac a été examiné : sept fois il a été trouvé sain, et une fois on a trouvé sa membrane muqueuse mamelonnée et un peu ramollie au voisinage du pylore, présentant, en outre, des arborisations rouges, lésions qui existaient, circonstance digne de remarque, chez un sujet qui n'avait jamais vomi et qui avait toujours bien digéré. Suivant M. Louis, ce serait surtout dans le cours des maladies aiguës, et plus particulièrement encore quand les malades présentent des symptômes cérébraux, que les affections de la membrane muqueuse de l'estomac restent latentes. Cependant le sujet dont il s'agit n'était nullement dans ces conditions : le début de son affection remontait à vingt-deux mois ; elle n'avait offert aucun accident cérébral, mais elle était arrivée au troisième degré, et par conséquent à cette période où les lésions secondaires, terminales en quelque sorte, sont si communes.

Dix fois l'organe hépatique a été examiné : huit fois on y a rencontré des altérations, deux fois il a été trouvé à l'état normal.

En étudiant les faits dans lesquels les symptômes gastriques ont manqué, on est frappé de voir que quatre se rapportent à des cas de phthisie ayant marché d'une manière rapide : une fois la maladie s'est terminée en vingt-quatre jours, une fois en trente-sept, une fois en quarante-cinq; enfin, une fois la fièvre n'a existé que pen-

dant treize jours; avant ce temps, il y avait des phénomènes morbides du côté du foie, mais la toux n'est pas notée comme ayant existé.

Chez trois de ces malades, en l'absence de symptômes gastriques, il existait des altérations du foie; pour le quatrième, les détails manquent dans son observation, et l'autopsie n'a pas été pratiquée.

Deux faits semblent se rapporter à des phthisies en voie de guérison, les malades ne toussaient pas et n'avaient pas de dyspnée; non seulement les accidents manquaient du côté de l'estomac, mais aussi du côté du foie.

De ces remarques faut-il conclure que dans la phthisie aiguë l'estomac ne présente pas de phénomènes pathologiques, le foie offrant, au contraire, des altérations; que dans la phthisie marchant vers la guérison des symptômes ne se manifestent pas ou cessent de se manifester vers ces deux organes?

Bien que nous soyons tenté de répondre affirmativement, surtout à la dernière partie de la question, nous laissons à d'autres le soin d'éclairer complétement ces deux points de pathologie à l'aide d'un plus grand nombre d'observations.

Notre but n'étant pas seulement de constater l'existence des symptômes gastriques dans la grande majorité des cas de phthisie, mais voulant prouver qu'ils peuvent, dans certaines circonstances, servir à établir ou du moins à confirmer un diagnostic incertain, nous avons dû rechercher si ces mêmes symptômes n'existaient pas dans d'autres maladies des voies respiratoires, et particulièrement dans la bronchite, affection qui peut être, plus facilement que toute autre, confondue avec la tuberculisation du poumon.

En conséquence, nous avons analysé toutes nos observations de bronchite, et, nous pouvons le dire d'avance, nous sommes arrivé à un résultat entièrement conforme

à l'impression qui nous était restée des nombreux examens de malades auxquels nous nous sommes livré.

Ces observations de bronchite aiguë ou chronique, accompagnée souvent d'emphysème vésiculaire, sont au nombre de 63.

Chez *dix malades* seulement, il y a eu quelques nausées (quatre fois) ou des vomissements (six fois); mais chez quatre d'entre eux il y avait en même temps *embarras gastrique;* chez deux autres, dont un n'a eu qu'un seul vomissement, il y avait *gastro-entérite;* chez le septième il existait une maladie du foie liée probablement à une affection du cœur; chez le huitième, enfin, il y avait des symptômes cérébraux.

En définitive, sur 63 sujets atteints d'inflammation des bronches, il n'y en a que deux chez lesquels les phénomènes gastriques doivent être nécessairement rapportés à l'affection des voies respiratoires, puisque dans les 8 cas que je viens de citer, des complications expliquaient suffisamment ces phénomènes.

Il résulte donc de nos observations que les nausées et les vomissements sont très rares dans la bronchite, même quand elle s'accompagne de fortes quintes de toux; car ces symptômes n'ont été observés qu'une fois sur trente, tandis que dans la phthisie nous les avons rencontrés vingt-deux fois sur trente.

On voit tout d'abord le parti que l'on peut tirer de l'existence ou de l'absence des phénomènes que nous étudions pour le diagnostic de la phthisie pulmonaire. Leur existence établit certainement une présomption en faveur de la tuberculisation du poumon. Aussi n'avons-nous pas été étonné, en faisant des recherches bibliographiques pour ce travail, de trouver dans l'ouvrage de Morton : Que la disposition à vomir, jointe à la toux, est un des signes pathognomoniques les plus certains de la toux phthisique; qu'il a lui-même connu quelques

phthisiques qui avaient conservé l'appétit, mais qu'il en a rencontré à peine quelques uns qui n'aient pas présenté cette disposition à vomir jointe à la toux, après le repas.

Peu après, quand il veut nous indiquer dans quelles autres circonstances on retrouve cette même disposition, il est encore plus explicite sur son degré de fréquence dans la phthisie, puisqu'il dit : *Si tous les phthisiques ont l'habitude de vomir ainsi en toussant* après le repas, il en est de même journellement chez les enfants et chez les jeunes sujets affectés de catarrhe convulsif. Mais il est facile, en considérant l'âge du malade, la durée des symptômes, l'intensité de la toux (*tussis ferocitate*) et les autres circonstances, de distinguer ce catarrhe de la vraie toux phthisique (Amsterdam, 1696, n° 54).

Le catarrhe convulsif, dont parle Morton, n'est autre chose que la coqueluche, qui, ainsi que nous l'avons dit plus haut, est la maladie dans laquelle on retrouve le vomissement accompagnant la toux.

Par cette citation, traduite mot à mot, on peut voir que Morton avait observé encore bien plus souvent que nous le symptôme dont il est question ici, et qu'il y attachait une grande importance au point de vue du diagnostic, puisqu'il le rangeait parmi les signes pathognomoniques les plus certains de la phthisie pulmonaire.

CHAPITRE II.

SYMPTOMES HÉPATIQUES.

Les altérations du foie dans la phthisie pulmonaire ont été parfaitement étudiées au point de vue de l'anatomie pathologique; mais je ne sache pas qu'on ait attaché

quelque importance, comme signes diagnostiques, aux différents phénomènes qui se lient à l'existence de ces altérations pendant la vie. Il en est un cependant, l'augmentation du volume de l'organe, qui, s'il n'a pas paru important aux praticiens, a été cependant constaté par eux chez un grand nombre de phthisiques. En recherchant cette augmentation de volume à l'aide de la pression et de la percussion, nous avons rencontré un autre phénomène morbide qui nous a paru non moins commun et ordinairement associé au premier : c'est une sensibilité anormale exagérée, quelquefois une douleur du foie.

Dans certains cas, ces symptômes nous ont été utiles pour fixer le diagnostic; dans d'autres, ils l'ont confirmé; quelquefois ils nous ont engagé à explorer la poitrine avec grand soin, et nous ont ainsi mis sur la voie de la maladie principale : c'est ce qui nous a engagé à appeler sur eux l'attention des praticiens, en faisant connaître le résultat que nous a donné l'analyse de nos observations.

Sur les 157 phthisiques dont nous avons recueilli l'histoire (80 hommes et 77 femmes), 71, c'est-à-dire près de moitié, ont offert des symptômes du côté du foie (34 hommes et 39 femmes). Chez 24, l'organe, augmenté de volume, dépassait plus ou moins le bord libre des fausses côtes sans autre phénomène morbide; chez 45, la même augmentation de volume se retrouvait, mais en même temps le foie était le siége de quelque souffrance; chez 2, l'organe était sensible à la pression, mais il ne débordait pas les fausses côtes.

Chez 2, enfin, dont l'observation ne mentionne l'existence d'aucun symptôme hépatique, on trouva à l'autopsie que le foie avait subi la transformation graisseuse.

En ajoutant ces deux derniers faits aux précédents, on trouvera que 73 de nos phthisiques ont présenté quelque chose d'anormal du côté de l'organe sécréteur de la bile.

Si nous voulons aller plus loin et analyser les sym-

ptômes, nous dirons, relativement à l'*augmentation de volume* qui a été notée soixante-neuf fois, dont vingt-quatre fois seule et quarante-cinq fois avec lésion de la sensibilité, que tantôt elle était peu considérable, tandis que dans d'autres circonstances, elle l'était au point que le bord inférieur du foie se rapprochait de l'épine antérieure et supérieure de l'os iliaque du côté droit.

Le plus souvent l'organe débordait seulement de deux ou trois travers de doigt la base de la poitrine et de quatre ou cinq l'appendice xiphoïde, s'avançant ainsi dans la région épigastrique. Le développement portait surtout sur le lobe droit de l'organe. Au palper, sa consistance paraissait tout à fait normale, sa surface accessible était parfaitement unie; une seule fois nous avons rencontré en dehors du lieu qu'occupe ordinairement la vésicule biliaire, une tumeur à peu près du volume d'un gros œuf, mobile, d'une consistance assez considérable, mais dont il ne nous a pas été donné de constater la nature.

Quant à la *lésion de sensibilité* observée chez 47 malades, nous dirons que chez 8 seulement il y a eu de véritables douleurs : chez l'un d'eux, elles survenaient spontanément; chez 7, elles étaient déterminées par la pression, par la percussion et par les mouvements brusques du thorax, comme, par exemple, ceux qui accompagnent la toux; chez tous les autres, ce n'était qu'une simple exaltation de la sensibilité reconnue à l'aide de ces moyens d'investigation, et particulièrement à l'aide de la percussion; le foie était plutôt sensible qu'il n'était douloureux.

Nous avons vu plus haut que deux fois cette sensibilité exagérée a été notée sans l'augmentation de volume.

Il est important de faire remarquer ici que sur 73 malades qui ont offert ces phénomènes pathologiques du côté du foie, 62 ont eu simultanément des symptômes gastriques.

Si nous recherchons quelle a été l'influence de la

marche de la phthisie sur le développement de ces phénomènes, nous trouvons qu'ils ont existé aussi bien chez les sujets dont la maladie a marché d'une manière aiguë que chez ceux dont la phthisie a eu une marche lente. M. Louis avait déjà fait cette remarque à propos de la dégénérescence graisseuse. D'après nos faits, il y aurait même une différence à l'avantage des phthisies aiguës sous le rapport de la fréquence des lésions hépatiques; car sur quatre malades de cette catégorie, trois ont présenté une augmentation de volume, dont deux fois avec lésion de la sensibilité; le foie a été trouvé gras chez deux de ces sujets, pâle chez le troisième ; l'observation du quatrième, prise par un élève de la Clinique, manque de détails relativement au point que nous étudions ; l'autopsie n'a pas été pratiquée.

Nous verrons plus loin de quelle utilité peut être l'examen du foie pour distinguer la phthisie aiguë de certaines maladies avec lesquelles il est possible de la confondre.

Pour compléter ce que nous avons à dire des symptômes qui se rapportent au foie, nous devons ajouter qu'il a existé de l'ictère chez trois malades : chez l'un d'eux, ce phénomène était accompagné de nausées et de vomissements, l'épigastre était douloureux à la pression, le foie volumineux, mais indolent; chez le second, cet organe avait un volume ordinaire, mais il a été trouvé rouge et renfermant un certain nombre de petits abcès : dans ce cas, outre la phthisie et cette maladie hépatique, il y avait une pneumonie au troisième degré; chez le troisième, enfin, l'ictère était survenu à l'occasion d'une vive émotion ; il y avait douleur du foie sans développement anormal. Ces phénomènes ne doivent pas être rapportés à la phthisie.

Maintenant quelles sont les lésions auxquelles on doit rapporter les symptômes que nous venons d'étudier ?

L'organe hépatique a été examiné vingt-huit fois dans les autopsies; il a été trouvé altéré vingt fois, et tout à fait sain huit fois. Notons en passant que sur ces huit faits, sept ont trait à des hommes.

L'altération la plus commune a porté sur le volume : quinze fois sur vingt l'organe avait des proportions plus considérables que celles de l'état normal. Il devait en être ainsi d'après l'examen fait pendant la vie. Deux fois seulement cette sorte d'hypertrophie a été simple; dans les treize autres cas, elle a été accompagnée d'une des lésions suivantes :

Et d'abord onze fois on a rencontré la *dégénérescence graisseuse*, plus ou moins avancée : tantôt la lésion était peu caractérisée, l'organe avait une teinte tirant sur le fauve et graissait légèrement le scalpel; tantôt le foie était tellement gras, que, placé dans l'eau, il surnageait complétement; huit fois il était augmenté de volume; trois fois il avait des proportions normales. Nous dirons plus loin dans quel état nous avons le plus souvent trouvé la bile avec cette lésion du foie. Elle a été bien plus fréquente chez la femme que chez l'homme, puisque sur dix autopsies de sujets du sexe féminin, nous l'avons rencontrée huit fois, c'est-à-dire dans les 4/5es des cas, tandis que chez l'homme elle n'a été trouvée que trois fois sur dix-huit autopsies, c'est-à-dire dans le sixième des cas. M. Louis avait déjà noté cette différence de fréquence dans les deux sexes; il indique que la dégénérescence s'est présentée dans une proportion de 4 à 1. L'étude de nos observations nous conduit à une différence encore plus grande, car nous arrivons à la proportion de 5 à 1.

Nous ne voulons pas nous occuper des différentes explications qui ont été données de la dégénérescence graisseuse du foie dans la phthisie pulmonaire, mais nous ne pouvons nous dispenser de citer un fait qui paraît en opposition avec la théorie la plus généralement adoptée

aujourd'hui. J'ai rencontré le foie complétement gras à l'autopsie d'un sujet adulte qui n'avait aucun tubercule dans les poumons, mais dont les ganglions bronchiques présentaient ce genre de production accidentelle.

Or comment expliquer dans ce cas la dégénérescence spéciale du foie par le défaut ou le vice de l'hématose, lorsque les poumons étaient sains et permettaient par conséquent à ce phénomène physiologique de s'accomplir comme dans l'état normal? Ce fait ne tendrait-il pas à prouver que la maladie du foie que nous étudions se rattache, dans certains cas, à un état morbide général, comme, par exemple, la tuberculisation, quel que soit son siége.

Deux fois nous avons rencontré l'organe hépatique plus pâle qu'à l'état normal; comme il était en même temps augmenté de volume, on peut se demander s'il n'y avait pas là un premier degré de dégénérescence graisseuse.

Trois fois il a été trouvé plus rouge, dont deux fois avec conservation du volume normal et une fois avec développement morbide : un de ces foies renfermait les petits abcès si nombreux que nous avons décrits.

Enfin, dans deux autopsies le foie s'est présenté à nous avec une couleur rouge brun foncé et avec des proportions exagérées. Ces cinq derniers faits se rapportent tous à des hommes.

Maintenant si nous cherchons à rattacher à ces lésions les symptômes que nous avons observés pendant la vie, nous trouvons que dans la moitié des cas, un seul phénomène morbide, l'augmentation de volume, a pu les faire diagnostiquer. Dans huit cas seulement, on a noté une exaltation de la sensibilité, et sur ces huit cas, six ont trait à la dégénérescence graisseuse, un aux abcès et le dernier à une altération du foie caractérisée par l'augmentation de volume et une couleur rouge brun foncé.

Ce qui donne de l'importance à l'existence de cette

sensibilité exagérée du foie, c'est que lorsqu'il n'y a eu qu'augmentation de volume, sans lésion de tissu, ou seulement avec teinte pâle ou coloration plus rouge, et dans tous les cas où le foie a été trouvé sain, cette sensibilité a manqué.

Nos recherches sur ce point ne concordent pas avec celles de M. Louis, qui dit (p. 118), que quand le foie était gras, les malades n'éprouvaient pas de douleur dans l'hypochondre droit, et que la pression exercée sur l'organe n'en produisait pas davantage. Mais je dois faire la remarque que ce n'est pas une véritable douleur, mais une simple exagération de la sensibilité que j'ai rencontrée, et que ce n'est pas par la pression, mais bien par la percussion que je l'ai déterminée. Ces deux circonstances peuvent jusqu'à un certain point expliquer la différence qui existe entre les résultats de l'observation de M. Louis et ceux auxquels je suis arrivé.

Nous allons nous retrouver parfaitement d'accord à propos de la *bile*.

L'état de ce liquide a été noté dans vingt-trois autopsies : treize fois la bile a présenté un aspect décrit déjà dans l'ouvrage de M. Louis : elle était d'un vert foncé presque noir, d'une épaisseur considérable qui la faisait ressembler à de la mélasse, et en petite quantité ; avec cet aspect de la bile, sept fois l'organe hépatique était gras, deux fois il était volumineux et d'une couleur rouge brun, une fois il était rouge, une fois il était volumineux et pâle, deux fois, enfin, il était sain.

Au lieu d'être plus foncée et plus épaisse, la bile a été trouvée plus pâle et plus fluide chez huit sujets. Cette altération correspondant à divers états du foie : dans un cas, il était gras ; dans un autre, il était plus rouge ; dans un troisième, il présentait des abcès ; dans un quatrième, il était volumineux et pâle ; dans quatre cas, enfin, il était normal.

Une fois nous avons constaté que la bile avait une couleur rougeâtre, et qu'elle était plus liquide; dans ce cas, le foie présentait, pour toute lésion, un excès de volume, son tissu paraissant du reste parfaitement sain.

Enfin, ce liquide nous a présenté une coloration jaunâtre accompagnée d'une augmentation notable de consistance chez un sujet dont le foie était tout à fait à l'état normal.

La seule chose un peu intéressante qui ressorte de l'étude de ces divers aspects de la bile, c'est la fréquence chez les phthisiques de l'état pathologique que nous avons caractérisé en premier lieu, et qui consiste en une augmentation très marquée de densité et une coloration presque noire: sur vingt-trois autopsies ne l'avons-nous pas observé treize fois, c'est-à-dire dans plus de la moitié des cas? M. Louis l'a rencontré, à divers degrés, dans les 2/3 des cas seulement. De plus, si l'on voulait s'en rapporter à nos faits que nous reconnaissons être trop peu nombreux, on trouverait que cette altération est celle qui accompagne ordinairement la dégénérescence graisseuse du foie, puisque la bile, ayant été examinée dans huit cas de foie gras, sept fois elle a présenté l'aspect décrit, une fois seulement elle a été rencontrée plus pâle et plus fluide qu'à l'état normal. M. Louis, tout en ne considérant pas cet état de la bile comme propre aux cas où le foie est gras, avait déjà noté que c'était plus particulièrement avec cette altération qu'on l'observait. Sur 70 sujets morts d'autres maladies chroniques, il ne l'a trouvé que cinq fois proportion bien différente.

Si nous avons parlé de la bile, quoique l'étude de ce liquide ne rentrât pas absolument dans notre sujet, c'est que jusqu'à présent on s'est fort peu occupé de ses altérations, et que nous n'avons pas voulu laisser échapper l'occasion de faire connaître ce qui a été noté relativement à elle dans nos observations. Ces quelques recherches

anatomiques se rattachent surtout à l'histoire encore si incomplète des maladies du foie.

Fidèle à notre plan, nous devons rechercher si ces altérations et ces symptômes du foie se retrouvent dans les affections qui peuvent être le plus facilement confondues avec la phthisie.

Parmi les maladies chroniques, nous trouvons le catarrhe pulmonaire; parmi les maladies aiguës, la fièvre typhoïde.

Eh bien, dans le catarrhe pulmonaire, à moins qu'il ne soit accompagné de quelque gêne dans la circulation du cœur, on ne rencontre pas d'altération du foie, on n'observe pas, pendant la vie, cette augmentation de volume, cette sensibilité exagérée de l'organe: j'en appelle au souvenir de tous les praticiens.

Le malade, principalement quand la toux est fréquente et intense, se plaint de souffrir vers l'appendice xiphoïde, quelquefois à la base du thorax, mais il est facile de reconnaître que ces souffrances ne peuvent être rapportées au foie, qu'elles dépendent des efforts de la toux et qu'elles ont les caractères de la courbature; elles ont leur siége dans les parois du thorax, particulièrement au niveau des attaches du diaphragme, et enfin elles existent aussi bien à gauche qu'à droite.

Quant à l'augmentation de volume du foie, on peut très facilement, à l'aide de la percussion, s'assurer qu'elle n'existe pas. J'ai fait toutefois mes réserves pour les cas où il existerait une maladie du cœur, en même temps que le catarrhe pulmonaire, car alors le plus souvent, pour ne pas dire toujours, le foie dépassera le bord libre des fausses côtes, et il sera douloureux ou au moins sensible à la percussion. Cette lésion sera tout naturellement rattachée à la maladie du cœur et non à l'affection des bronches; le mécanisme de sa formation s'explique parfaitement par la gêne de la circulation qui retentit du cœur

dans l'organe sécréteur de la bile, si directement et si largement en rapport avec lui.

Nous avons dit que la fièvre typhoïde pouvait être confondue avec la phthisie; c'est quand cette dernière marche d'une manière aiguë que le doute est possible. Nous avons eu occasion d'observer plusieurs cas dans lesquels des symptômes existant simultanément du côté du cerveau, de la poitrine et de l'abdomen, avec une fièvre continue redoublant vers le soir, pouvaient aussi bien faire croire à l'existence d'une fièvre typhoïde qu'à celle d'une phthisie aiguë, et nous ont laissé pendant un temps assez long dans l'incertitude. L'examen du foie dans des cas analogues pourrait être d'une grande utilité. Si l'on trouvait cet organe augmenté de volume, et si surtout il était en même temps douloureux, ce serait une raison puissante pour croire à la phthisie; en effet, tandis qu'il n'est question dans aucun auteur de la douleur du foie dans la fièvre typhoïde, et que relativement au développement anormal, il est considéré comme tout à fait exceptionnel (1), nous avons, au contraire, établi que ces deux phénomènes morbides s'observaient dans la phthisie aiguë, comme dans la phthisie à marche lente.

Dans un des cas de diagnostic douteux dont nous avons parlé, le foie avait un volume plus qu'ordinaire, de sorte que si notre attention avait déjà été éveillée sur ce point, toute incertitude aurait pu promptement cesser.

Dans un autre cas où une fièvre typhoïde s'était déclarée chez un sujet affecté déjà de tubercules pulmonaires, et chez lequel, par conséquent, les symptômes des deux maladies se confondaient, l'organe hépatique était considérablement développé.

Enfin, dans un cas semblable où il n'existait cependant que deux tubercules dans les poumons, le foie était de

(1) M. Louis ne l'a constaté que 5 fois sur 46 cas.

même très volumineux, mais de plus il était douloureux à la pression.

L'existence de ces phénomènes morbides dans des faits analogues pourrait, il me semble, jeter un grand jour sur le diagnostic et faire croire qu'il ne s'agit pas d'une fièvre typhoïde simple.

L'absence des mêmes phénomènes dans des cas douteux pourrait encore avoir de l'importance pour exclure l'idée de tubercules, mais elle serait moins significative que leur existence.

CHAPITRE III.

DOULEUR THORACIQUE.

Les phthisiques se plaignent souvent de souffrir entre les épaules et sur les côtés de la poitrine. Ces douleurs spontanées, qui augmentent par l'inspiration et la toux, existent d'après les travaux de M. Louis dans le tiers des cas.

Mais, outre ce genre de souffrance, il en existe un autre que n'accusent pas les malades, si ce n'est lorsqu'on vient à percuter la poitrine. Ce phénomène morbide, que j'ai noté dans mes observations toutes les fois que je l'ai rencontré, se présentant toujours dans les mêmes circonstances, mérite, il me semble, d'être signalé, d'autant plus que M. Beau, qui s'en est occupé récemment à l'occasion de la névrite intercostale, établit, dans son mémoire, qu'elle existe chez la plupart des malades affectés de tubercules, même dès le début.

Voici ce que l'étude de nos 157 observations nous donne relativement à ce nouveau symptôme :

31 malades ont présenté quelque souffrance à l'occasion de la percussion de la poitrine : chez 15, une véritable douleur; chez 16, une simple exaltation de la sensibilité; chez un seul, il existait en même temps des douleurs spontanées.

Chez tous le phénomène morbide existait au sommet de la poitrine; dans un cas seulement il s'étendait à tout le côté; chez presque tous c'est au-dessous de la clavicule, au niveau des première, deuxième et troisième côtes et dans leur intervalle qu'on le rencontrait. Rarement nous l'avons trouvé en arrière; une fois cependant on produisait de la douleur en exerçant une pression sur la troisième vertèbre dorsale.

Une remarque importante à faire, c'est que la douleur existait toujours du même côté que les signes physiques annonçant la présence des tubercules; on ne la rencontrait ordinairement que d'un seul côté; quand les deux poumons étaient malades, c'était au niveau de celui dont les lésions paraissaient le plus étendues que la percussion la déterminait.

Cependant le degré auquel la maladie était arrivée ne paraît pas avoir eu une grande importance, sous le rapport de sa production; car des 31 malades qui l'ont présentée, 23 offraient des signes de tubercules à l'état de crudité seulement, 4 des craquements humides qui annonçaient le ramollissement de la matière tuberculeuse, chez 4, enfin, il existait des cavernes.

Il est mort un trop petit nombre de ces malades (3), et nous n'avons pas assez de détails sur leurs autopsies pour pouvoir hasarder quelques explications sur la cause anatomique de cette douleur. Nous pensions qu'elle dépendait de la pleurésie et de la lésion du parenchyme pulmonaire lui-même dans certaines conditions anatomiques, lorsque nous avons lu les mémoires de M. Beau qui l'explique par la névrite intercostale. Cette névrite, selon M. Beau, serait

due à l'extension de la phlegmasie de la plèvre au nerf intercostal, qui, en arrière, est en contact immédiat avec elle. Les recherches cadavériques auxquelles s'est livré l'auteur que nous venons de citer, relativement à l'état des nerfs, et les raisons qu'il donne pour rattacher les symptômes observés aux lésions matérielles de ces mêmes nerfs, m'ont paru tout à fait concluantes. Du reste, mes observations, prises sans la moindre idée préconçue, viennent à l'appui de ses recherches, puisque, comme lui, c'est en avant que j'ai déterminé la douleur, c'est au niveau des points où les signes de la tuberculisation étaient le mieux caractérisés que je l'ai rencontrée, puisque, comme lui, je l'ai constatée dès le début de la phthisie.

Il est vrai que je l'ai observée dans un nombre de cas bien moins considérable, trente et une fois sur 157 malades, tandis que M. Beau est arrivé à la considérer comme un symptôme, sinon constant, du moins habituel de la phthisie. Mais la différence des deux résultats peut tenir à plusieurs causes : d'abord à ce que notre attention n'étant pas encore attirée vers ce phénomène pathologique, nous ne l'avons pas recherché avec un soin tout particulier; ensuite à ce que notre mode d'exploration n'a pas été le même, ayant employé exclusivement la percussion, lorsque M. Beau a eu recours à une pression exercée méthodiquement sur toute l'étendue des premiers espaces intercostaux.

Pour établir la valeur séméiologique de ce signe, nous dirons qu'il n'existe pas dans la bronchite. Les sujets affectés de cette maladie accusent des douleurs thoraciques, mais elles se font sentir sous le sternum, au niveau de l'appendice xiphoïde, et vers les cartilages des fausses côtes aux points où s'attache le diaphragme.

Dans la pleurésie simple, c'est dans le voisinage du mamelon, à la partie moyenne ou à la base du thorax que

se produit le point de côté; c'est aussi vers les cinquième, sixième et septième espaces intercostaux que se montrent les douleurs de la névralgie intercostale, et particulièrement celle que M. Beau appelle *dyspepsique*, à cause des liaisons qu'elle affecte avec la dyspepsie.

Au contraire, dans la phthisie pulmonaire, la douleur a pour siége les trois premiers espaces intercostaux, à leur partie antérieure. La névralgie de cause rhumatismale peut bien aussi quelquefois occuper les mêmes points, mais alors la douleur a une intensité bien plus grande, elle est spontanée, elle rappelle évidemment une maladie aiguë.

En définitive, sans vouloir exagérer l'importance du signe que nous étudions, nous croyons qu'il peut venir en aide au diagnostic de la tuberculisation du poumon dans beaucoup de cas, et qu'il peut être d'autant plus utile qu'il existe quelquefois avant qu'aucun signe stéthoscopique trahisse la présence des tubercules.

Dans son mémoire, M. Beau, qui partage entièrement notre opinion sur la valeur séméiologique de la douleur thoracique, cite un cas dans lequel elle aurait précédé tout autre symptôme de la phthisie.

Nous trouvons enfin dans un des derniers numéros de l'*Union médicale* (1) un fait qui vient encore à l'appui de notre opinion. Il est cité par M. le docteur Girard, de Marseille. Un homme, de quarante et un ans, ressentit des douleurs dans la poitrine sur le trajet des filets nerveux, longtemps avant qu'une phthisie, qui se déclara plus tard, eût manifesté son existence par d'autres symptômes, se fût révélée par quelques signes stéthoscopiques.

Lorsqu'une pareille douleur persistera pendant un certain temps, malgré un traitement rationnel, ne devra-t-on

(1) 1er août 1850.

pas craindre une maladie plus grave? ne devra-t-on pas redoubler de soins dans l'examen du malade?

Voici *en résumé* les *conclusions* que l'on peut tirer de ce travail envisagé au point de vue pratique :

Lorsqu'on observera des troubles dans les fonctions digestives, et surtout une dyspepsie prolongée, ou des vomissements résistant à tout traitement et auxquels on ne peut reconnaître une cause bien légitime;

Ou lorsqu'en l'absence d'hépatite et de maladie du cœur, on observera un développement anormal du foie avec exagération de sa sensibilité;

Que ces phénomènes morbides se montrent indépendamment de toute autre affection ou qu'ils surviennent dans le cours d'une maladie comme la chlorose, la fièvre typhoïde, la rougeole, l'idée de phthisie pulmonaire devra venir à l'esprit.

En conséquence, il faudra s'enquérir des conditions d'hérédité du malade, de ses antécédents, examiner avec grand soin tout ce qui a trait à l'appareil respiratoire, afin de s'assurer si les phénomènes gastriques et hépatiques ne se rattachent pas à une tuberculisation commençante du poumon; et alors même qu'il n'existerait aucun signe stéthoscopique bien caractéristique, si, à ces phénomènes, il s'ajoutait une fièvre quotidienne avec sueurs nocturnes, de l'amaigrissement, de l'affaiblissement, il y aurait forte présomption en faveur de la phthisie, et il serait prudent d'agir comme s'il y avait certitude, c'est-à-dire d'appliquer au malade les règles d'hygiène et la thérapeutique qui conviennent à cette cruelle maladie.

Supposons maintenant que ces signes de présomption existent dans une affection de poitrine qui n'est pas suffisamment caractérisée par les signes physiques, ils auront encore, dans ce cas, une très grande valeur; car ils permettront de diagnostiquer avec une certitude presque

absolue, une dégénérescence tuberculeuse du poumon.

Dans les deux cas supposés, nos recherches, d'accord avec celles de M. Beau, prouvent qu'on devra tenir grand compte de l'existence de la *douleur sous-claviculaire*.

NOTE

SUR LA DIMINUTION ET LA DISPARITION DES GLOBULES

ET PAR SUITE

DE LA MATIÈRE CASÉEUSE DANS LE LAIT,

PENDANT LES PHLEGMASIES AIGUES DONT SONT ATTEINTES LES NOURRICES ;

ET SUR QUELQUES UNES DES CONSÉQUENCES PRATIQUES QUI EN DÉCOULENT (1).

Par M. VERNOIS,

Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Dans la séance de l'Académie des sciences du 14 octobre 1850, MM. Nat. Guillot et Félix Leblanc ont lu un

(1) Les observations qui font la base de cette note ont été recueillies à une époque où il était admis, ainsi que l'acceptent encore quelques médecins aujourd'hui, qu'il existe un rapport constant et proportionnel entre les quantités de matière grasse et de matière caséeuse contenues dans le lait. Si cette opinion n'est pas *démontrée* exacte, l'opinion contraire ne l'est pas davantage. Ce n'est donc que sur l'admission de cette hypothèse que j'ai conclu des altérations de la matière grasse aux altérations de la matière caséeuse. Il faut se rappeler cependant les expériences de M. Quévesne, vérifiées par M. Donné, qui établissent l'existence d'une partie de la caséine du lait, sous forme de globulins très abondants. Quand donc toute espèce de globules vient à disparaître du lait, on est déjà en droit de conclure à la diminution ou à la disparition d'une partie de la matière caséeuse. Quoi qu'il en soit, les expériences qui établiront la moyenne de la caséine tenue en dissolution dans le lait, à l'état normal, chez une nourrice bien portante, et les observations faites, d'après le même procédé, qui montreront les modifications que cette moyenne peut subir dans les maladies des nourrices, seront les meilleures et les plus probantes dans le sujet qui fait l'objet de cette note.

mémoire sur l'existence de la caséine dans le sang de l'homme et des animaux. Suivant ces deux auteurs, la présence de la caséine en dissolution dans le sang est un fait normal. Je ne m'occuperai pas de la discussion de cette découverte. Je ne parlerai pas de la grande difficulté qu'il y a à constater chimiquement l'existence de la caséine dans le sang; je l'admets provisoirement d'après le mémoire que je rappelle, parce que jusqu'ici elle est peut-être suffisamment démontrée, et qu'il n'y a pas d'objection majeure à l'accepter. Je n'ai à signaler ici qu'une des conséquences de ces recherches: c'est la diminution ou la disparition de la caséine dans le sang des nourrices ou des femmes récemment accouchées, atteintes de diverses affections aiguës. Il sera intéressant, disent MM. Guillot et Leblanc, de rapprocher ces faits de l'*absence* ou des *modifications de la sécrétion lactée.*

C'est pour répondre à l'appel de notre collègue, M. Guillot, que je viens aujourd'hui relater quelques observations faites par moi, en 1845 et 1846, à l'hôpital Necker, dans le service où je remplaçais alors M. le professeur Trousseau. Je m'étais proposé de rechercher: 1° à l'aide du microscope et de quelques agents chimiques, les altérations subies par le lait pendant les maladies dont les nourrices ou les femmes récemment accouchées étaient affectées; 2° l'influence réelle de ce lait, plus ou moins modifié, sur la santé des enfants laissés à l'allaitement pendant le cours de ces mêmes maladies. Comme on le voit, j'étais parti d'une idée différente de celle de MM. Guillot et Leblanc, et les résultats que j'ai obtenus, il y a déjà cinq ans, viennent, je crois, confirmer une partie des faits qu'ils ont annoncés à l'Académie des sciences.

§ 1er. — Dans vingt-six cas, j'ai soumis à l'examen du microscope et à l'action de l'éther et de l'ammoniaque le lait de nourrices malades; mais dans quatorze seulement j'ai pu suivre avec exactitude, du début à la fin du mal, et

jour par jour, les modifications éprouvées par le lait, soit sous l'influence de la maladie seule, soit, dans le plus grand nombre des cas, sous l'influence complexe et du mal et du traitement mis en usage pour le combattre.

Je ne parlerai donc que de ces quatorze cas, qui se divisent ainsi :

Rhumatisme polyarticulaire aigu.	2
Gastro-entérite aiguë.	1
Métrite aiguë du corps et du col .	3
Tumeur blanche du genou . .	2
Variole	1
Abcès du sein.	2
Métro-péritonite aiguë.	2
Blépharite aiguë.	1

Dans tous les cas, j'ai assisté au début de l'*état aigu* de l'affection, et j'ai pu prendre pour ainsi dire le portrait du lait sécrété, du premier jour de la maladie au dernier. Ces tableaux constituent une série d'examens de ce liquide, où se reproduisent presque constamment les mêmes altérations. Je joins à cette note un *spécimen* de ces modifications successives. Celles-ci, cependant, ne se développent pas toutes avec la même rapidité, et persistent plus ou moins, selon les diverses maladies.

Pour les apprécier avec soin, il faut dire tout de suite qu'elles portent sur les caractères *physiques* et *chimiques* du lait. La *couleur*, la *densité*, et la *quantité* du liquide, d'un côté; de l'autre, le *nombre*, le *volume* des globules, et la *présence de quelques corps étrangers :* telles sont les altérations que peut subir le lait.

Sous le rapport des propriétés physiques, la densité et la quantité du lait sont modifiées d'une manière très variable. Ainsi, tandis que, dans la blépharite aiguë, dans les deux tumeurs blanches, dans la gastro-entérite, dans l'abcès du sein, la quantité et la densité du lait demeuraient les

mêmes pendant quelques jours après l'invasion et quelquefois pendant toute la durée du mal, on voit, dans la métro-péritonite aiguë, dans le rhumatisme et la variole, cette quantité diminuer subitement du quart ou des cinq sixièmes. Mais il faut noter que ces cas sont les plus rares et aussi les plus graves.

Les altérations de *qualité* comprennent les faits sur lesquels j'insiste le plus en ce moment, et qui se rapprochent davantage de ceux relatés par MM. Guillot et Leblanc. Elles attaquent la forme, le nombre, et par suite la composition essentielle des globules. Avec elles coïncide la présence de quelques corps étrangers dans le lait.

Je n'ai pas à m'occuper ici de l'existence du pus, du sang, du mucus ou du colostrum dans le lait des femmes malades que j'ai examiné. Tous les auteurs, depuis M. Donné, ont signalé ces faits. Je ne veux relater que les altérations sensibles de la matière grasse, et consécutivement de la matière caséeuse.

Un des premiers effets des phlegmasies aiguës, et en général avant tout traitement actif, c'est la diminution du *diamètre* des globules. Dans un lait qui, au début de la maladie, offrait des globules de deux à trois dimensions différentes, on voit en quelques jours les premier et deuxième degrés, c'est-à-dire les plus gros, descendre rapidement au diamètre des plus petits. Cette modification est constante. Au bout de quelques jours, plus rarement dès le début, le *nombre* lui-même des globules est atteint, il diminue : et ces deux phénomènes, diminution du *nombre* et du diamètre des globules, marchent bientôt ensemble, pour subir ensuite de nouvelles et d'analogues modifications, selon que le lait ira toujours en perdant ses qualités essentielles, ou selon qu'il subira une véritable régénération. Dans quelques cas (la variole, la métro-péritonite, le rhumatisme), j'ai vu la quantité et le diamètre des globules avoir tellement diminué, qu'on ne

retrouvait plus, dans le champ du microscope, que deux à trois petits points obscurs, nageant dans un liquide transparent et incolore comme de l'eau. Dans tous les examens que j'ai faits du lait au microscope, je me suis, dans les cas douteux, toujours assuré de l'état de la matière grasse, en traitant les globules par l'éther; et il m'arrivait souvent de mettre en tête d'une observation, après ces divers essais, ces mots : *disparition totale*, ou *considérable*, ou *presque complète* de la matière grasse, et par suite de la caséine.

Telle a été, dans les observations de maladies aiguës, la modification la plus habituelle du lait. Elle n'a jamais manqué. Elle a souvent été accompagnée par la présence ou par la persistance du colostrum. Les femmes récemment accouchées m'ont presque seules offert cette particularité. Une seule fois j'ai constaté la présence du sang et du pus (dans un abcès du sein).

Les altérations du nombre et du volume des globules, ont été plus considérables, en général, dans les cas où le traitement a consisté en saignées et en purgations répétées (rhumatisme, métro-péritonite). J'en excepterai un cas, celui de la variole, où aucun traitement actif n'a eu lieu, et dans lequel les globules sont descendus au *minimum* de leur diamètre et de leur quantité, toutes choses étant à peu près égales, au début de la maladie. L'influence d'un traitement énergique n'a pas cependant empêché la régénération du lait dans ces circonstances; car les nourrices atteintes de métro-péritonite et de rhumatisme, ont pu continuer avec succès l'alimentation de leurs enfants.

Il résulte donc de ces observations, faites je crois (et c'est peut-être leur seul mérite) avec plus de suite et d'exactitude que celles qui existaient jusqu'ici dans la science, que sous l'influence des phlegmasies aiguës et subaiguës, et sous l'influence combinée ou surajoutée d'un traitement actif énergique, on voit disparaître pro-

gressivement, et avec plus ou moins de rapidité, toute la matière grasse et probablement aussi une grande partie de la matière caséeuse du lait des nourrices.

Quel rapport y a-t-il entre ce fait et celui de la diminution ou de la disparition de la caséine dans le sang, sous l'influence des mêmes causes? Chacun, je crois, le comprendra. Il devait en être ainsi. Evidemment si, *coïncidemment* avec la matière grasse, la caséine disparaît du lait, c'est qu'elle a premièrement disparu du sang. Il me semble que les recherches de MM. Guillot et Leblanc reçoivent de ces observations faites il y a déjà cinq années, et d'après des idées différentes des leurs, une confirmation que la physiologie pathologique ne répugne pas à accepter.

Je me demanderai maintenant, comme MM. Guillot et Leblanc, ce que devient la caséine dans ces circonstances. Disparaît-elle tout à fait de l'économie? Cesse-t-elle d'être produite par le défaut de l'alimentation qui y donnait naissance? Subit-elle une transformation organique isomérique, comme l'albumine dans quelques circonstances? Cette transformation se fait-elle toujours peu à peu, ou, dans certains cas, ne semble-t-elle pas avoir lieu, comme sous l'influence d'un ferment, avec une rapidité inconcevable (tels sont les faits où, du jour au lendemain, il n'y a plus de lait dans les seins, par suite plus de caséum)? ou bien encore la caséine est-elle éliminée, et par quelles voies alors? Déjà M. Donné (p. 441, *Cours de microscopie*) a émis l'opinion que les lochies, dans le cas de suppression du lait, pouvaient en contenir. J'ai deux fois examiné la matière de cet écoulement, dans le but de vérifier ce fait, et sans succès. Je dois dire que je ne l'ai fait qu'à l'aide du microscope et de certains réactifs : il eût fallu traiter chimiquement ce produit pour y chercher et y retrouver la caséine. Ce que je puis affirmer d'après ces deux cas, c'est qu'il n'existait aucun globule laiteux, par

conséquent pas de matière grasse. Il y aura cependant ici une difficulté : c'est que dans ces circonstances, dans les métro-péritonites aiguës très graves, il y a souvent, à la fois, suppression du lait et des lochies. Il faudrait donc rechercher ailleurs encore, dans les urines peut-être, ce produit, la caséine, qui disparaît si subitement du sang et semble se retirer également du lait.

Il résulte de ces faits quelques propositions générales. C'est que l'existence de la caséine en solution dans le sang n'est possible qu'avec une constitution déterminée de ce liquide. Dans les phlegmasies aiguës et subaiguës, cette matière caséeuse disparaît plus ou moins complétement. N'y a-t-il pas d'autres états généraux du sang qui ne permettent pas davantage, soit sa formation, soit sa conservation dans ce liquide? Un certain nombre de faits militent en faveur de cette opinion. Quand une femme bien portante, sans fièvre, a un lait pauvre, c'est-à-dire à globules très rares et d'un petit diamètre, et probablement aussi contenant d'après ces signes peu de caséine, son sang n'est-il pas dans des conditions opposées à l'existence ou au développement de la matière caséeuse? N'est-ce pas là qu'est placée la véritable condition qui fait les *bonnes* et les *mauvaises* nourrices ? Le sang des femmes chlorotiques, lymphatiques, placées sous l'influence d'une diathèse cachectique quelconque, me paraît être dans ce cas. Il y a ici une série de recherches nouvelles à faire. J'en ai déjà commencé quelques unes; mais, évidemment, l'importance qu'elles pourront avoir devra être rapportée à MM. Guillot et Leblanc.

Je ne suis pas le premier qui se soit occupé de signaler l'altération du lait par la diminution ou la disparition des globules, et par suite de la matière caséeuse. Ce que j'ai voulu aujourd'hui, c'est signaler surtout la constance de cette altération dans les affections aiguës, et le rapport qu'elle offre avec un fait analogue qui se passe dans le

lait et dans le sang sous l'influence des mêmes causes. Ce que j'ai voulu, c'est rattacher encore à la même étiologie les faits connus sous le nom de *pauvreté* du lait (faits sur lesquels de bons travaux cependant existent, ceux de MM. Donné et Devergie), mais qui me semblent dépendre d'un fait bien plus général, toujours le même, celui de l'existence plus ou moins notable de la caséine dans le sang.

Je ne puis quitter ce paragraphe de ma note sans exposer encore quelques conséquences de ces recherches. Si la caséine existe normalement dans le sang, si la caséine du lait en provient tout entière, comme le font penser sa diminution et sa disparition analogue et constante du lait et du sang à la fois pendant les phlegmasies, il en résulte qu'il faudra rechercher aujourd'hui les caractères réels d'un bon lait autant dans le sang que dans le lait lui-même. Et c'est ici qu'il faut établir une distinction importante, propre à expliquer un certain nombre de faits liés à l'histoire de la lactation, et jusqu'ici, pour la plupart, restés sans explication rationnelle. Quand une femme a un lait *pauvre* ou mauvais, privé plus ou moins de caséine, cela peut dépendre de deux causes capitales : ou d'un état du sang qui ne permet pas la coexistence de la caséine en solution dans ce liquide (quelle qu'en soit la cause immédiate), ou d'un état anatomique particulier de la glande mammaire, qui ne laisse pas à cet élément la faculté d'être sécrété normalement. La glande mammaire, relativement au lait en général, et à la caséine en particulier, joue ici à peu près le rôle du rein, relativement à l'urine et à quelques uns de ses éléments constitutifs. Il est facile de concevoir les conséquences pratiques qui découlent de ces remarques. Dans un cas, il faudra traiter le sang; dans l'autre, traiter le sein lui-même.

On devra donc, comme conséquence des faits que j'ai rappelés et de ceux dont j'ai relaté les observations, don-

ner, dans le choix d'une nourrice, plus d'attention aux signes extérieurs qu'on ne le fait en général depuis qu'on examine le lait au microscope. Et si en première ligne, *ex æquo*, on doit analyser le lait et le sang, il faut étudier les caractères généraux et particuliers de la constitution, mais prendre garde de leur donner trop d'importance. Ceci me conduit à dire un mot des recherches de M. Guénon sur les signes qui dénotent les bonnes vaches *laitières*. La découverte des écussons, placés symétriquement entre la vulve et les mamelles, et qui semble dans beaucoup de cas être le signe d'un bon lait, est cependant loin d'avoir un caractère constant. Depuis qu'on s'est livré au contrôle de ces faits, on y a trouvé beaucoup d'exceptions. J'ai vu, pour ma part, bien des vaches privées de ces précieux écussons donner un lait très riche et très abondant, et *vice versâ*. Ce qu'on peut dire seulement, c'est que c'est un caractère qui accompagne en général une forte constitution — c'est l'analogue d'un mamelon développé et entouré d'une aréole brune, chez la femme. — Mais voilà tout. Et quant à l'influence de la forte constitution, on sait que celle-ci dépend elle-même d'un sang bien organisé. Et un tel sang doit contenir de la caséine. Les faits observés par M. Guénon trouveraient donc leur explication bien plus dans cet état du sang que je signale, que dans l'influence mystérieuse des écussons dont j'ai parlé. A la suite de ces idées, j'ai pendant quelque temps recherché s'il n'existait pas, chez la femme, quelque caractère particulier propre à signaler d'avance un bon ou mauvais lait. Sans parler des recherches de M. Donné sur le liquide qui existe dans le sein au sixième ou septième mois de la grossesse, et qui n'est pas toujours fidèle dans ses indications, je n'ai jamais rencontré, comme fait général de coïncidence, avec un bon lait, que les caractères habituels, plus ou moins bien et abondamment groupés, d'une vigoureuse constitution. Cela, comme on le voit,

rentrait dans les idées qu'il faudra sans doute accepter aujourd'hui, c'est-à-dire que c'est dans le sang lui-même, et dans le sang physiologiquement bien constitué, que réside la présence de la caséine.

§ 2.—*De l'influence du lait des femmes récemment accouchées, ou des nourrices malades, sur la santé des enfants.*

J'ai constamment laissé le sein aux enfants pendant la durée de la maladie de leurs nourrices. Aucun d'eux n'a contracté la maladie de la mère, si j'en excepte un seul cas, celui de la variole. La mère n'était point vaccinée, l'enfant l'était. Mais rien ne démontre péremptoirement que ce soit le lait de la mère qui ait été ici le véhicule de la contagion. Il faut tenir compte du contact habituel des deux malades, de la cohabitation presque dans le même lit, de la coexistence surtout de la variole dans les salles au moment où la mère et l'enfant en ont été atteints. Je ferai remarquer, du reste, que l'enfant a été pris d'éruption au troisième jour de l'éruption de la mère. — Quelques enfants, à l'époque du début de la maladie de la mère, ont eu de la diarrhée pendant quelques jours. J'en ai trouvé qui l'avaient déjà un peu avant le début, d'autres en étaient affectés depuis cinq à six jours ; mais ceux-ci avaient été laissés au sein, *sans autre régime.* C'est ce fait qui me porte encore à croire que la caséine disparaît du lait en même temps que la graisse. Sans doute celle-ci est utile à la nutrition de l'enfant ; mais la caséine et les matières sucrées, auxquelles elle est associée, en font le principal élément. Et si la caséine ne diminuait pas ou ne disparaissait pas pendant les phlegmasies aiguës, à quoi pourrait-on attribuer l'amaigrissement et la maladie des nourrissons laissés au seul régime du lait de la mère ? Tous les enfants que j'ai laissés au sein se sont donc ou bien portés ou rétablis, grâce à la méthode que j'ai toujours suivie, celle de les

alimenter artificiellement, dès qu'on avait constaté l'insuffisance du lait. D'où j'avais déjà conclu que le lait des nourrices malades (par suite d'affections fébriles aiguës) n'est nuisible que par son insuffisance alimentaire ou nutritive, et jamais par d'autres qualités. Je ne parle pas ici des cas où le pus, le sang, le mucus, y sont mélangés en proportions notables, non plus que des circonstances où existent des causes virulentes spécifiques.

On peut donc poser en règle, au moins d'après les faits que j'ai observés, qu'il n'y a pas de danger immédiat, et qu'il peut y avoir utilité et avantage à laisser le sein aux enfants pendant que les nourrices sont malades. Pour la nourrice, l'état local du sein y gagne, et pour le présent et pour l'avenir, comme je vais le dire plus bas, et son état moral en est souvent favorablement influencé.

Pour l'enfant, on y trouve une occasion de le calmer, et l'on ne rompt pas subitement avec des habitudes qui ne laissent pas, quoique à cet âge, d'avoir déjà de l'influence sur son caractère.

Une autre considération m'a encore engagé dans cette pratique : c'est la question de la conservation de l'allaitement et celle de la régénération du lait.

A diverses époques, j'ai retiré les enfants à des nourrices malades, et j'ai vu comme *règle générale,* ou que le lait se perd complétement, quand on sèvre le sein de l'excitation de l'allaitement pendant un temps trop long, ou qu'il se rétablit d'autant plus vite qu'on a été moins longtemps à en priver la mère. Ici, il y a évidemment une action propre de l'organe sécréteur, et une action secondaire sur le liquide sécrété, quand il stagne trop longtemps dans la glande. Déjà depuis longues années M. Donné a démontré ce dernier fait, soit chez la femme, soit chez les animaux; après un repos, la première traite ne vaut jamais la deuxième. Dans les observations que j'ai relatées, et sur lesquelles sont basées les remarques que

je soumets aujourd'hui à la Société, le lait s'est régénéré assez promptement et il a suivi le retour à la santé. Il s'est perdu une fois, totalement au bout de trente à trente-cinq jours, chez la femme atteinte de variole, après avoir repris cependant toutes ses qualités vers les onzième, douzième et treizième jours de maladie. La femme était restée pâle. S'est-il opéré une modification dans la constitution de son sang, à cette époque? Tout aujourd'hui doit le faire penser.

On devra donc soumettre de nouveau à la critique et à une plus saine observation une grande partie des histoires relatées sur les effets nuisibles du lait des nourrices malades. Ce lait pèche par *insuffisance nutritive :* voilà tout.

Je n'ai plus que quelques remarques à déduire de mes observations et de celles de MM. Guillot et Leblanc ; elles ont trait au sevrage. Déjà fondé sur mes recherches de 1845, j'avais conseillé, pour *sevrer* rapidement une nourrice, de lui faire pratiquer une ou deux saignées, de la purger plusieurs fois de suite, coup sur coup, et de la priver presque subitement de son enfant. J'avais, dans quelques cas, réussi avec cette méthode plus vite que d'après l'usage ordinaire, qui se borne à purger deux ou trois fois la nourrice, et à frictionner le sein avec des liniments camphrés : mais on ne peut pas toujours agir comme je l'avais tenté quelquefois. J'avais aussi remarqué que, si, à l'époque du sevrage, la nourrice était prise de fièvre, la sécrétion lactée diminuait d'une manière rapide. Tous ces faits, alors sans explication, peuvent aujourd'hui se concevoir. Et il faudra peut-être ériger en règle de thérapeutique habituelle ce que le hasard avait démontré bon et utile, et ce que la théorie permet d'approuver.

On comprend donc maintenant l'importance des recherches publiées par MM. Guillot et Leblanc, et les conséquences qu'elles peuvent avoir au point de vue physiolo-

gique, pathologique et thérapeutique. J'ai cherché à établir le rapport probable qu'elles ont avec les faits que j'avais observés en 1845 et 1846, et plus tard aussi à l'hôpital Beaujon, pendant que j'y suppléais notre collègue M. Bouvier : et il m'a semblé que les résultats que j'avais obtenus alors confirmaient et contrôlaient d'une manière assez satisfaisante les idées émises par les deux auteurs.

OBSERVATION DE PELLAGRE,

Par M. MARROTTE,

Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

L'année dernière, j'ai communiqué une observation de pellagre, que le Comité de publication a jugée assez intéressante pour être insérée dans le premier fascicule des Actes de la Société. Le malade, ayant éprouvé, de nouveau, des accidents pellagreux, au commencement de la présente année (1850), je viens compléter son observation par un résumé succinct des symptômes observés dans cette récidive.

La première attaque s'est manifestée par la triple série d'accidents qui caractérisent la pellagre : érythème des mains; troubles cérébraux; troubles digestifs. Et, dans chaque série, les accidents ont été assez marqués. Les troubles cérébraux n'ont pas consisté dans les seuls phénomènes propres aux hypérémies cérébrales; ils ont revêtu un léger caractère lypémaniaque. Le malade n'a jamais éprouvé lui-même d'aliénation mentale ; mais il y a des aliénés dans ses collatéraux. Des chagrins et l'abus du vin et des liqueurs alcooliques, depuis deux ans, paraissent avoir été la cause occasionnelle de la première attaque. Il

n'a jamais fait usage de maïs. J'ai cru devoir rappeler en quelques mots ces caractères principaux de la première attaque, pour mettre à même d'apprécier les différences qui ont signalé la seconde.

Richard (Pierre) s'est présenté à ma consultation le 25 juin 1850, éprouvant depuis les premiers jours d'avril des accidents semblables à ceux pour lesquels il était venu une première fois réclamer mes soins. Il n'avait tenu aucun compte de la recommandation que je lui avais faite de s'adresser à moi dès qu'il ressentirait de nouveau une atteinte de son mal.

J'appris de lui qu'après avoir quitté l'hôpital l'année précédente, dans un état de santé satisfaisant, il avait tenté de rentrer dans la garde républicaine d'où il était sorti; mais sans résultat, le ministre lui ayant répondu que son âge ne lui permettait plus de faire partie du cadre de l'armée. Son capitaine lui offrit alors de l'attacher à sa personne comme domestique, et il accepta. Pendant tout l'hiver, il vécut de l'ordinaire de la garde républicaine et n'éprouva aucun malaise; mais à l'approche du printemps, c'est-à-dire dans les premiers jours d'avril, il ressentit des bourdonnements d'oreilles, des vertiges, de la céphalalgie et surtout une perte presque complète de mémoire. Lorsque son maître lui donnait un ordre, si la chose devait être exécutée immédiatement, Richard y mettait une rapidité et une ponctualité toutes militaires. Lui disait-il, au contraire : « Vous m'amènerez mon cheval à tel endroit dans deux heures, » Richard oubliait le cheval et le maître. Lui donnait-il deux ou trois ordres à la fois, le premier était promptement exécuté, mais il oubliait les autres. En même temps apparaissaient sur les mains des plaques érythémateuses identiques avec celles qu'il avait eues l'année dernière.

Son capitaine le crut fou, et le congédia. Il rentra dans sa chambre, où il vécut assez mal, ne mangeant qu'un

peu de pain bis. Il était d'ailleurs tourmenté par l'idée qu'il marchait, suivant son expression, sur le chemin de Bicêtre; aussi devint-il triste et fut-il incessamment assailli par es plus fâcheux pressentiments. Il perdit l'appétit, eut de la diarrhée assez fréquemment, et vit ses membres faiblir et trembler. La céphalalgie était incessante; il sentait continuellement comme des coups de marteau, particulièrement à la nuque.

La nuit, il n'avait qu'un sommeil agité, troublé par des cauchemars et interrompu par des réveils en sursaut. Il se levait dès trois heures du matin, partait au bois de Vincennes; et là, pris d'une exaltation toute morbide, il marchait rapidement pendant trois ou quatre heures, jusqu'à ce que la fatigue l'eût rendu plus tranquille et plus calme. Il rentrait alors chez lui et s'y enfermait pour trouver la solitude. Il se regarde, du reste, comme perdu, et est constamment préoccupé de son état.

Depuis quinze jours seulement, il éprouve des vomissements le matin.

Voici, du reste, les phénomènes que nous avons constatés le lendemain de son entrée le 26 juin, à la visite :

La face est rouge et congestionnée; la conjonctive oculaire participe à cette injection. Les yeux sont brillants et un peu hagards. Les mains serrent à peine et éprouvent un très léger tremblement. La faiblesse est bien plus marquée aux jambes; la marche est assez sûre s'il prend le pas accéléré; mais veut-on lui faire ralentir sa course, il sent ses jambes plier et sa démarche est celle d'un homme ivre, ou mieux d'un homme atteint d'un commencement de paralysie générale progressive.

La langue est large et un peu rouge à la pointe et sur les bords. Le malade vomit le matin, comme à l'ordinaire, des matières glaireuses et filantes. Pas de sensibilité à la pression de l'épigastre; pas de ballonnement du ventre, deux ou trois selles liquides. Il n'a pas dormi cette nuit

et demande si l'on pourra le tirer de là ; il se plaint de coups de marteau dans la tête. La vue paraît jouir de son intégrité ainsi que les autres sens. La peau est chaude ; le pouls, dur et plein.

L'érythème est en partie effacé ; il se reconnaît encore à l'aspect parcheminé et à la couleur rouge cuivré de la peau, mais il n'y a déjà plus d'exfoliation.

Prescription. Chiendent, eau de Vichy ; 15 sangsues à l'anus, axonge sur l'érythème ; 2 bouillons, 2 potages.

27 juin. Le malade se trouve soulagé, surtout de la tête ; il n'a pas vomi ce matin.

Même prescription, excepté les sangsues ; un bain tiède.

28. Richard souffre encore de la tête ; mais il a été calmé par le bain, il a bien dormi ; les dernières traces de l'érythème s'effacent rapidement.

30. Les bourdonnements, les vertiges, les coups de marteau continuent, malgré les bains qu'on lui donne chaque jour. Le dévoiement a cessé, mais il n'y a pas d'appétit. Les idées tristes poursuivent toujours le malade. On l'oblige à sortir de la salle pour se distraire ; mais il se met à l'écart dans le promenoir, où il se promène à grands pas dans le même espace de terrain.

Prescription. Limonade tartrique ; six ventouses scarifiées à la nuque, bain.

A partir de ce moment l'amélioration fait des progrès assez rapides ; l'appétit revient, plus de troubles digestifs, plus de vomissements, selles régulières ; le malade est un peu plus gai et nous témoigne sa reconnaissance.

8 juillet. Les maux de tête ont reparu, mais moins intenses ; le sommeil est bon, quoiqu'un peu court. Les jambes sont plus fortes ; les mains serrent avec plus d'énergie. L'appétit devient de plus en plus exigeant.

Prescription. Limonade tartrique ; bain, séton à la nuque.

Sous l'influence du séton, les maux de tête et les idées noires ont disparu pour ne plus revenir. Depuis cette époque, Richard a continué à prendre des forces; il mange trois portions; il a conscience de son bon état de santé, fréquente les autres malades et ne présente plus aucun symptôme de lypémanie. Il reste à l'hôpital jusqu'au 20 août, demandant sans cesse qu'on lui ôte son séton, et sort ne conservant plus qu'un peu de faiblesse dans les membres inférieurs, faiblesse appréciée seulement par lui; car sa marche est régulière.

En récapitulant les traits distinctifs de cette seconde attaque, il est facile de voir qu'ils sont fournis par les symptômes cérébraux, qui ont été non seulement plus prononcés, plus tenaces que la première fois, mais qui ont surtout pris les caractères d'un véritable accès de lypémanie. L'érythème et les troubles digestifs, quoique très développés, l'ont peut-être été moins, ces derniers surtout, que dans la première attaque.

OBSERVATION DE PELLAGRE.

(Par le même.)

Un second exemple de pellagre s'est présenté à mon observation cette année. — Cette fois, le sujet est une femme, la nommée Schwendmann, entrée le 14 mai 1850, salle Sainte-Cécile, nº 16, et sortie le 15 juillet.

Voici les renseignements qui nous ont été donnés par cette malade, dont l'intelligence est nette et assez développée.

Elle est âgée de 66 ans; sa constitution est bonne; sa santé n'a jamais été troublée par des maladies graves ou même par des indispositions sérieuses. Ses règl s ont paru

jusqu'à l'âge de 46 ans. Née à Spire (département du Bas-Rhin), elle a quitté sa famille il y a trente-six ans; depuis cette époque, elle en a perdu de vue tous les membres; aussi lui est-il impossible de donner des renseignements sur leur vie pathologique. Elle a longtemps habité Metz. Mariée deux fois, elle a eu de son premier mari un enfant qui est mort en bas âge. — Elle s'était toujours bien nourrie jusqu'à son arrivée à Paris. Depuis huit ans qu'elle habite cette ville, elle a vécu en faisant des ménages, mangeant du pain bis, de la charcuterie et d'autres aliments épicés ou vinaigrés. Elle prétend que c'était par goût. Jamais elle n'a fait usage de maïs; jamais elle n'a abusé du vin ou des liqueurs alcooliques.

Il y a six mois, elle sentit ses jambes s'affaiblir, au point de ne pouvoir plus monter les escaliers, et, par conséquent, continuer ses ménages; elle fut réduite à vendre des noix dans la rue. Cette faiblesse des jambes s'accompagna de vertiges auxquels se joignit une céphalalgie violente, qui l'obligea à entrer à l'Hôtel-Dieu.

Passagèrement soulagée pendant son séjour dans cette maison, par l'administration de quelques bains de pieds sinapisés, cette céphalalgie persistait lors de l'entrée de la malade à Sainte-Marguerite. Elle datait alors de cinq mois et avait repris une assez grande intensité. Il y avait aussi des vertiges; la face était rouge, vultueuse et donnant à la main une sensation de chaleur brûlante. Des douleurs vives, s'exaspérant par la pression, existaient le long du rachis, surtout au niveau des sixième, septième et huitième vertèbres dorsales; la démarche était un peu incertaine.

Jusqu'alors le ventre avait été libre; depuis trois jours seulement il existait de la constipation. L'appétit était médiocre; la langue, dépouillée de son épithélium à la pointe et sur les bords, était en même temps large et d'un rose assez vif.

Pouls à 84, régulier. Peau chaude.

Le dos des mains était le siége d'un exanthème ayant de chaque côté, à peu près la même forme, et celle d'un carré long, et occupant la même surface, c'est-à-dire, la moitié externe du carpe et du métacarpe dans l'étendue de 8 centimètres en longueur sur 65 millimètres en largeur. Dans cet espace circonscrit, la peau est dure, sèche, parcheminée, luisante ; les rides en sont très marquées, mais il n'existe pas de fissure. Sa coloration foncée est séparée par une ligne bien tranchée de celle des parties saines; elle est d'un rouge brun exactement comparable à la teinte que laisse une cautérisation légère par le nitrate acide de mercure. Les parties malades font à peine saillie au-dessus des téguments sains; la peau y est douloureuse à la pression, et donne une sensation de chaleur assez prononcée, qui n'est pourtant pas en rapport avec le sentiment de brûlure accusé par la malade.

On n'observe sur aucune autre partie du corps une éruption analogue à cet érythème; il existe seulement sur la poitrine quelques traces d'un ancien prurigo. Les premiers symptômes de l'érythème pellagreux remontaient à quinze jours ; la malade avait éprouvé, à cette époque, une vive démangeaison sur le dos de la main gauche, démangeaison qui se convertit bien vite en une douleur brûlante. Bientôt apparut une tache rouge brun de la largeur d'une pièce de cinq centimes, qui prit en quelques jours les dimensions qu'elle a aujourd'hui.

Quatre jours après, même démangeaison, même sensation de brûlure, même tache rouge brun sur le dos de la main droite. Quoique la malade souffrît beaucoup des mains, elle n'attachait pas beaucoup d'importance à son exanthème.

Voulant observer les effets du repos seul, je ne prescrivis, le premier jour, qu'un pot de tilleul orange sucré, deux bouillons et deux potages.

Le deuxième jour (16 mai), la malade est dans le même état qu'hier; elle a peu dormi.

Tilleul orange sucré; 6 sangsues à l'anus, lavements simples. 15 grammes d'huile de ricin pour le lendemain matin. Enduire d'axonge les parties siége de l'érythème.

17 mai. Les sangsues ont coulé abondamment. Il y a eu, pendant la nuit, trois selles spontanées, liquides, qui ont fait ajourner l'administration de l'huile de ricin. — La céphalalgie et les étourdissements ont disparu, mais la démarche est toujours vacillante; la douleur reste la même dans les masses sacro-lombaires; la peau de la face dorsale des mains est moins sèche et moins douloureuse. Les onctions ont procuré un soulagement notable. Pouls à 86.

Prescription. Tilleul orange sucré; deux potages au lait et cinq portions de lait.

A partir de ce moment, une amélioration rapide se manifesta dans tous les symptômes. Aussi me contentai-je d'administrer deux bains par semaine, de continuer les onctions sur les mains et le régime lacté.

Le 1er juin, les vertiges, la céphalalgie ont complétement disparu, quoique la face soit encore rouge, surtout au niveau des pommettes. La malade dort bien; mais son appétit est toujours peu prononcé: elle mange à peine une portion. La langue est naturelle, le pouls régulier. La constipation persiste, interrompue tous les trois ou quatre jours par l'évacuation de deux ou trois selles liquides et spontanées. La démarche est moins vacillante, mais la malade accuse encore de la faiblesse et un peu de tremblement des membres inférieurs. Elle est assez gaie; elle n'a d'ailleurs éprouvé, à aucune époque de sa maladie, ni idées noires, ni désir de la solitude.

La rougeur des mains a presque disparu; elle a été remplacée par une desquamation qui a commencé par le centre de la plaque dont le niveau s'est affaissé, de sorte

qu'elle semble maintenant se dessiner en creux. Les bains sont continués.

11 juin. Depuis deux jours l'appétit est devenu plus vif, la malade mange deux portions; elle n'éprouve plus de vertiges, se lève et se promène dans la salle sans être encore bien forte. Le sommeil est bon. Il n'y a plus que les douleurs le long du rachis qui la fassent souffrir.

Prescription. Centaurée. 2 portions; lavement opiacé et camphré, frictions sur la colonne vertébrale.

1er juillet. Les forces sont progressivement revenues; l'érythème a complétement disparu pour faire place à la coloration normale de la peau. L'appétit se soutient. Le liniment a calmé les douleurs rachialgiques. La malade pouvait être considérée comme guérie, lorsqu'il reparut quelques symptômes de congestion cérébrale qui furent promptement enlevés par l'application de dix sangsues à l'anus. Ces accidents passagers n'ayant plus troublé la marche progessive de la convalescence, la malade obtint son *exeat* le 15 juillet.

Elle rentra de nouveau à l'hôpital trois semaines après sa sortie, c'est-à-dire, dans les premiers jours du mois d'août, pour se faire soigner d'une diarrhée accompagnée de fièvre et de ballonnement du ventre. Ces accidents m'ont paru la conséquence de la constipation observée pendant toute la durée du premier séjour à l'hôpital et qui avait persisté, car la diarrhée céda promptement à l'administration des purgatifs. Je conservai néanmoins la malade dans mon service jusqu'à la fin de septembre, sans observer aucun retour de la maladie pellagreuse.

DE

L'ACTION DU SOUS-ACÉTATE DE PLOMB

EN

INJECTIONS INTESTINALES,

Par M. le docteur BARTHEZ (François),
Médecin en chef de l'hôpital militaire du Gros-Caillou.

OBSERVATION (*Dyssenterie*).

G.. (Alex.), infirmier militaire, étant de garde de nuit, le 30 décembre 1848, dans une salle de malades, est pris tout à coup de coliques avec borborygmes, sans pouvoir en apprécier la cause; il en résulte six selles liquides, dont les dernières ne sont excrétées qu'en petite quantité et avec une sensation de chaleur cuisante à l'anus. Le lendemain il se plaint de son indisposition, et témoigne cependant le désir de continuer son service. On lui donne une potion opiacée et de la tisane de riz; il prend un peu de riz au lait pour aliment, et la journée se passe assez bien; il n'a qu'une selle liquide dans l'après-midi, rendue avec moins de douleur que les précédentes. Vers une heure du matin, il ressent les mêmes coliques que la veille; et, de une heure à huit heures du matin, il se présente douze fois à la garde-robe, pour excréter chaque fois de très petites quantités de liquide, dont le passage, selon ses propres expressions, le fait souffrir à l'anus comme le ferait un fer rouge. Il entre comme malade dans mon service, le 1er janvier 1849.

Visite du 1er janvier. — Le malade se trouve dans l'état suivant : G.. a 22 ans, taille moyenne, constitution assez bonne, tempérament lymphatique; le facies exprime l'abattement; les yeux, un peu enfoncés, sont cernés, les pommettes rosées; la langue est humide, sa base est sale, sa pointe et ses bords sont rouges; la bouche est mauvaise, la soif assez forte, l'épigastre sensible; la palpation abdominale limite la douleur dans tout le trajet du côlon; pas de météorisme; le ventre est un peu matelassé; pesanteur au périnée et douleurs lombaires. Le malade est allé deux fois à la selle depuis son entrée dans la salle; il y avait du ténesme. Son vase contient à peu près un quart de litre de matière liquide, composée d'un mélange incomplet de sérosité jaunâtre, de mucus et de stries de sang rouge. Le pouls est petit, dépressible, et donne près de cent pulsations; le malade se plaint du froid; la peau est chaude et sèche.

Diète, eau de gomme; trois lavements de sous-acétate de plomb à

6 grammes chaque, dans 500 grammes d'eau distillée, tiède. (Cette quantité d'eau est la même pour tous les lavements.)

Le premier lavement, donné à neuf heures et demie du matin, ne peut être injecté en entier à cause des douleurs produites par le contact de la canule et la distension de l'intestin par le liquide; la moitié à peu près est introduite et rendue six minutes après sous la forme d'un liquide trouble, jaunâtre, contenant quelques filaments sanguins et quelques pellicules blanches. Depuis ce moment jusqu'à midi, le malade ne se présente qu'une seule fois à la garde-robe pour expulser un peu de matière, noirâtre.

A midi, le second lavement est injecté en entier et le malade le garde un quart d'heure; il est rendu sous la même forme que le premier.

A trois heures, à la contre-visite, le malade n'est pas allé à la selle depuis qu'il a rendu le second lavement; on lui prescrit une nouvelle potion opiacée pour la nuit. Quelques coliques se font sentir à cinq heures, et provoquent une selle dont l'émission est bien moins douloureuse que celle de toutes les précédentes; elle est composée de liquide trouble, ne contenant pas de sang, et dans lequel nagent quelques pellicules blanches; il n'y a plus de ténesme.

A huit heures du soir, le troisième lavement est donné, le malade le garde jusqu'à minuit, et son expulsion est provoquée par quelques coliques qui cessent immédiatement après.

Visite du 2. — G... présente un facies bien moins abattu que la veille; il a pu dormir pendant la nuit; le pouls est moins dépressible, il est à 80. La peau est toujours sèche, mais moins chaude; la langue, toujours blanchâtre à sa base, est moins rouge sur son bord; la soif est moins vive; le ventre est plus mou et moins sensible à la pression. Le malade accuse l'envie de manger.

Bouillon, eau de gomme, potion opiacée, et trois lavements à 6 grammes de sous-acétate.

Le premier lavement donné à neuf heures du matin n'ayant pas encore été rendu à midi, le deuxième n'est pas administré. A trois heures, à la contre-visite, le malade vient seulement de rendre le lavement du matin; il est mélangé à l'urine, de sorte qu'il est impossible d'en apprécier la quantité; en décantant les matières on remarque quelques filaments noirâtres qui nagent dans l'urine trouble, et l'on aperçoit trois ou quatre grandes pellicules blanchâtres, ressemblant à des fausses membranes; il n'y a pas de traces de sang.

A huit heures du soir, le deuxième lavement est administré et rendu trois heures après.

Visite du 3. — Le malade n'a pas eu de selle depuis qu'il a rendu le second lavement, il a reposé toute la nuit; il demande à manger.

Une panade, eau de gomme; deux lavements de sous-acétate à 5 gram.

— Le premier est gardé jusqu'à quatre heures du soir, le deuxième est donné à huit heures. Vers minuit, le malade est pris de coliques légères, qui provoquent deux selles de minuit à huit heures du matin.

Le 4, même prescription; le premier lavement est gardé quatre heures, le deuxième dix minutes. — Le 5, le malade n'a rendu le dernier lavement que le matin avant la visite; son état est très satisfaisant. Panade et un œuf, eau de gomme; un seul lavement de sous-acétate à 5 grammes, pour le soir à huit heures. — Le 6, le malade n'a pas rendu le lavement et n'a pas eu la selle depuis le 5, à sept heures du matin; il demande une augmentation dans son régime. Le quart et deux œufs, eau de gomme; lavement émollient. — Le 7, l'état du malade continue à s'améliorer; le lavement émollient a provoqué une selle dans laquelle se remarquent quelques portions de matières fécales solides. Le quart et deux œufs, du vin, eau de gomme. — Le 8 au matin, le malade a eu une selle demi-liquide sans coliques. Même alimentation; un lavement de sous-acétate à 5 grammes. Il n'est rendu que le lendemain matin avec les matières fécales solides, sur lesquelles se voient quelques pellicules blanchâtres et quelques portions noires. — Les 9, le 10 et le 11, l'alimentation est augmentée. — Le 12, le malade prend un dernier lavement avec le sous-acétate à 5 grammes, parce que les selles, quoique quotidiennes, étaient encore un peu molles. — Le 15, G... sort du service, guéri.

Cet infirmier appartenait à l'hôpital militaire du Gros-Caillou; je l'ai pendant dix mois sous les yeux, il n'a eu ni rechutes ni symptômes d'affection saturnine. Cinq mois après sa guérison, pendant que le choléra sévissait sur le quartier du Gros-Caillou, il a eu un peu de diarrhée; il m'a fait part de son indisposition, et je lui ai fait donner deux lavements de sous-acétate de plomb. Ce traitement simple lui a permis de se guérir sans cesser son service qui, dans ce moment, était très pénible, l'épidémie ayant rendu le personnel insuffisant.

OBSERVATION (*Dyssenterie chronique*).

H..., du 10e chasseurs à pied, entre à l'hôpital le 16 novembre 1848, atteint d'une diarrhée chronique.

Cet homme, pendant un séjour de six mois en Afrique, dans la province d'Oran, est entré deux fois à l'hôpital, d'abord pour une dyssenterie assez grave, puis pour une diarrhée. Son bataillon est rappelé à Paris vers la fin de juillet. H... ne peut le suivre, et il n'arrive à Paris que vers les premiers jours de novembre; il a été forcé de séjourner dans différents hôpitaux pour faire traiter la diarrhée qui l'a repris peu de jours après son débarquement, et qui reparaissait dès qu'il avait fait quelques étapes. En résumé, depuis le commencement de janvier jusqu'au mois de novembre 1848, c'est-à-dire dans l'espace de dix mois, il a eu d'abord, en Afrique, une dyssenterie, pour laquelle il est resté un mois et demi à l'hô-

pital, une diarrhée avec deux rechutes; puis, en France, cinq autres rechutes de diarrhée assez graves pour le forcer à entrer dans divers établissements hospitaliers où il a séjourné de quinze à trente jours, dans chaque hôpital.

A son arrivée à Paris, il a trois selles par jour et une ou deux la nuit; elles sont demi-liquides. Les dernières matières rendues sont mêlées à de l'écume sanguinolente, et leur expulsion occasionne quelques douleurs anales.

Visite du 17 *novembre.* — H... a vingt-trois ans; il est de taille moyenne; constitution lymphatique; la peau est pâle, les chairs molles, la maigreur très prononcée; langue normale, soif modérée; l'appétit existe toujours. Le foie paraît un peu hypertrophié; sensibilité à la pression dans la fosse iliaque gauche; la peau de l'abdomen est sèche et écailleuse; cet état est moins prononcé sur le reste du corps. Le pouls ne présente qu'un peu de petitesse. Il y a eu six selles dans les vingt-quatre heures.

Panade, eau de gomme; trois lavements avec le sous-acétate de plomb à 6 grammes, le premier est précédé par un lavement émollient.

Les lavements sont gardés, le premier depuis le matin jusqu'à cinq heures du soir; les matières sont demi-liquides, et contiennent quelques traces de sang. Le second, donné à huit heures du soir, n'est pas rendu. Il n'a pu ainsi être administré que deux lavements au lieu de trois dans la journée.

Visite du 18. — La sensibilité abdominale a disparu; le malade a eu une selle quelques instants avant la visite; les matières sont dures, noirâtres, et ne contiennent ni sang ni écume.

Quart, panade et un œuf, eau de gomme, et deux lavements de sous-acétate à 5 grammes. — Les lavements sont gardés cinq ou six heures chacun.

Visite du 19. — L'amélioration continue; le malade n'est allé à la selle que pour rendre les lavements; les matières sont dures, baignées d'un peu de liquide, mais ne contiennent ni écume ni trace de sang. — Même prescription que la veille, même résultat.

Le 20, le malade réclame une augmentation dans son régime : quart, panade, deux œufs et du vin; pas de lavement. — Le 21, il n'a eu que deux selles molles, mais sans écume sanguinolente ni douleurs dans la défécation. — Demi-côtelette, du vin; un lavement de sous-acétate à 5 grammes. Le lavement n'est rendu que le lendemain matin en une selle solide. — Les 23 et 25, il prend encore un lavement saturnin; il reste en observation jusqu'au 30 novembre, époque de sa sortie. Les selles sont devenues normales, et l'état général est très satisfaisant.

OBSERVATION (*Diarrhée*).

D..., du 23e léger, entre à l'hôpital le 15 janvier.

Visite du 16 *janvier.* — Ce malade est atteint de diarrhée depuis quinze jours; il a eu trois selles dans la journée et cinq dans la nuit dernière, pendant laquelle il dit avoir eu la fièvre. La langue est un peu sale à la base et rose sur les bords; il y a anorexie et un peu de soif; le pouls est dur, quatre-vingt-dix pulsations; l'abdomen est indolent, il y a des borborygmes; les coliques sont vives, surtout la nuit; les selles sont liquides et jaunâtres. — Diète eau de gomme, potion opiacée; un lavement émollient.

Visite du 17. — Les coliques ont été moins vives, mais les selles ont été aussi nombreuses; le pouls est à 85; la médication ordinaire n'a pas donné d'amélioration bien notable. Panade, eau de gomme; deux lavements de sous-acétate de plomb à 5 grammes. — Le premier lavement est gardé une heure et le second deux.

Visite du 18. — Les coliques ont cessé dès que le premier lavement a été rendu, et elles n'ont pas reparu depuis; il n'y a pas eu de selles autres que l'expulsion des lavements; le malade a dormi toute la nuit; la langue est normale; le pouls est à 75; l'appétit est revenu. — Quart, panade, un œuf, eau de gomme; un seul lavement de sous-acétate à 5 grammes. — Le malade a, après la visite, une selle molle; le lavement, administré à huit heures du soir, n'a pas reparu. — Le 19, le lavement de la veille n'est rendu que dans la journée sous forme de selle solide; les lavements sont suspendus, l'alimentation est augmentée, et le malade, observé encore pendant quelques jours, sort guéri le 23 janvier.

OBSERVATION (*Dyssenterie*).

S..., du 26e, entre à l'hôpital le 7 janvier 1849. Dans la nuit du 1er au 2 janvier il est pris de coliques et de diarrhée. Le 3, les coliques n'ont fait qu'augmenter et les selles ne sont plus composées que de sang et de quelques filaments glaireux; il est traité pendant trois jours à l'infirmerie du régiment par la diète et les préparations opiacées. Ce traitement n'ayant amené aucune amélioration, il est envoyé à l'hôpital.

Visite du 8. — Il y a eu trente selles dans les vingt-quatre heures; les matières sont glaireuses, sanguinolentes et écumeuses; les coliques sont très fortes; douleurs hypogastriques, augmentées par la pression; ténesme; pouls plein à 90; langue sale à la base et rouge sur son limbe; soif vive, anorexie. — Diète, eau de gomme; trois lavements de sous-acétate de plomb à 5 grammes. Ces lavements ne peuvent être injectés en totalité et ne sont gardés que quelques minutes, parce qu'ils ont été donnés froids par un infirmier négligent.

Visite du 9. — Il n'y a pas d'amélioration bien sensible; seulement les selles ont été un peu moins nombreuses ; quant au reste, le malade est dans le même état que la veille. Les matières rendues après les lavements sont blanchâtres, semblables à du blanc d'œuf coagulé; elles sont striées de sang vermeil ; le pouls à 90. — Diète, eau de gomme ; trois lavements de sous-acétate de plomb à 6 grammes. Les lavements donnés tièdes ne peuvent être injectés en entier, à l'exception du dernier, mais ils sont conservés de cinq à six minutes.

Visite du 10. — L'état de S... est plus satisfaisant; les coliques sont moins fortes et plus rares; l'hypogastre est bien moins sensible à la pression; il n'y a eu que trois selles encore sanguinolentes; la soif s'est calmée; le pouls est à 70, il est encore un peu dur. — Panade, eau de gomme, une potion opiacée, et trois lavements de sous-acétate de plomb à 6 grammes. Les lavements pris en entier sont gardés, le premier dix minutes, le second trois ou quatre minutes et le troisième vingt minutes.

Visite du 11. — Il y a encore quelques légères coliques la nuit et une seule selle liquide mêlée à une petite quantité de sang; le pouls est à l'état normal. — Panade, eau de gomme, potion opiacée; deux lavements de sous-acétate de plomb à 8 grammes. Le premier lavement est gardé vingt minutes et le second cinq seulement.

Visite du 12. — Il n'y a eu ni coliques ni selles la nuit ; le malade n'est allé à la garde-robe que pour rendre les lavements ; il a dormi toute la nuit. Quelques instants avant la visite il y a eu une selle composée de matières glaireuses très transparentes, accompagnées de quelques lambeaux blanchâtres pseudo-membraneux et sans traces de sang. — Deux panades, matin et soir, eau de gomme; un seul lavement de sous-acétate à 8 grammes.

Visite du 13. — Le lavement a été gardé un quart d'heure ; son injection, faite à huit heures du soir, a provoqué quelques coliques qui ont cessé après son expulsion ; il y a eu, vers le matin, une selle copieuse demi-liquide. — Deux panades, eau de gomme; un lavement de sous-acétate à 8 grammes.

Visite du 14. — Le lavement a été rendu immédiatement, et le malade a été tranquille jusqu'à minuit; depuis cette heure jusqu'à la visite, il a eu cinq selles demi-liquides avec coliques assez fortes, cuissons à l'anus et ténesme ; il y avait quelques traces de sang. — Panade, eau de gomme; trois lavements de sous-acétate à 6 grammes.

Visite du 15. — Le premier lavement a été gardé dix minutes et rendu avec beaucoup de matières fécales, qui renfermaient des pellicules blanchâtres, des glaires et un peu de sang ; le second a été gardé sept heures; le troisième, une heure. Il n'y a eu que trois selles dans le jour et deux dans la nuit, avec quelques légères coliques et un peu de cuisson à l'anus ;

elles contenaient encore un peu de sang. — Quart, riz gras, deux œufs, eau de gomme ; trois lavements de sous-acétate à 6 grammes.

Visite du 16. — Les lavements ont été gardés : le premier dix minutes, le second, quatre heures et demie, et le troisième dix minutes. Il n'y a eu qu'une selle demi-liquide pendant la nuit, sans coliques ni traces de sang. — Quart, riz graz, deux œufs, eau de gomme; un seul lavement de sous-acétate à 6 grammes.

Visite du 17. — Les lavements ont été gardés : le premier cinq minutes, et le second trois heures et demie; il n'y a ni selles ni coliques. — Quart, riz gras, deux œufs, eau de gomme; un seul lavement de sous-acétate à 6 grammes.

Visite du 18. — Le malade a eu dans la matinée de la veille une selle demi-liquide; le lavement, pris à deux heures de l'après-midi, a provoqué quelques coliques, qui ont forcé le malade à le rendre presque immédiatement; elles ont cessé après son expulsion. Le malade n'a eu depuis qu'une seule selle demi-molle. — Quart, riz gras et deux œufs, eau de gomme; pas de lavement.

Visite du 19. — Le malade dit qu'il ne s'est pas encore trouvé aussi bien ; il n'a eu qu'une selle molle la veille dans la journée.

A partir de ce jour, l'alimentation est augmentée; l'état de S... va le 21 en s'améliorant; il prend encore un lavement de sous-acétate à 5 grammes, le 24; il sort guéri le 1er février.

OBSERVATION (*Diarrhée*).

D..., infirmier militaire, a été pris de diarrhée dans la nuit du 18 décembre ; il a eu trois selles avec coliques et borborygmes; dans la journée du 19, il a encore quatre selles très liquides et contenant un peu de sang. Cet état dure jusqu'au 24; cependant voyant son appétit et ses forces diminuer, D... se décide à prendre un lit dans l'hôpital.

Visite du 25 *décembre.* — Le malade a eu encore trois selles pendant la dernière nuit, avec quelques coliques fugaces. — Riz gras, eau de gomme; deux lavements de sous-acétate de plomb à 6 grammes. Les lavements sont gardés un quart d'heure chacun.

Visite du 26. — Les coliques ont disparu; il n'y a eu que deux selles demi-liquides, pas de trace de sang. — Panade, eau de gomme ; deux lalavements de sous-acétate à 6 grammes; ils sont gardés une heure chacun.

Visite du 27. — Il n'y a eu qu'une selle demi-liquide; les coliques n'ont plus reparu. — Quart, panade et un œuf, eau de gomme, un seul lavement de sous-acétate à 6 grammes. Le lavement est gardé une heure, il n'y a qu'une seule selle presque solide.

Le 28, D... mange la demi-portion et ne prend pas de lavement,

il n'a qu'une selle molle; le 29, même prescription alimentaire et un lavement avec le sous-acétate à 5 grammes, qui est gardé une heure; une seule selle solide. Le malade sort le 31, parfaitement guéri; il reprend son service dans les salles, et sa guérison ne s'est pas démentie.

OBSERVATION (*Diarrhée*).

C..., du 9e léger, entre à l'hôpital le 7 janvier. Depuis une vingtaine de jours, à la suite d'un refroidissement, il est atteint de diarrhée.

Visite du 8 *janvier.* — Perte d'appétit; langue sale à la base et un peu rouge sur les bords; soif assez vive; ventre souple et indolent; huit selles liquides dans les vingt-quatre heures; pas de coliques; pouls à 85. — Panade, eau de gomme; trois lavements de sous-acétate à 5 grammes.

Visite du 9. — Un seul lavement a été administré, les autres ont été oubliés; il a été gardé une heure et demie. Le malade n'a eu que trois selles liquides. — Deux panades, matin et soir, eau de gomme; trois lavements de sous-acétate à 6 grammes. Les lavements sont gardés: le premier, une heure; le second, trois quarts d'heure; et le troisième, depuis quatre heures du soir jusqu'à huit heures du matin (16 heures).

Visite du 10.—Il n'y a pas eu de selles; l'appétit revient, la soif a cessé; la langue et le pouls sont à l'état normal. — Quart, panade, un œuf, eau de gomme, et un seul lavement de sous acétate à 6 grammes.

Visite du 11. — Le lavement a été gardé sept heures; il n'y a pas eu de selles; et le malade demande une augmentation de régime. — Demi, deux œufs et du vin, eau de gomme; pas de lavement.

Le 12, le malade n'a eu qu'une selle molle; le 13, une selle solide; le 14, on lui donne les trois quarts, et, par précaution, un lavement de sous-acétate à 5 grammes; il sort guéri le 20 janvier.

OBSERVATION (*Diarrhée*).

B..., du 10e d'artillerie, entre à l'hôpital le 15 janvier, atteint de diarrhée depuis trois jours.

Visite du 16 *janvier.* — Le malade a eu huit selles dans les vingt-quatre heures; le ventre est douloureux à la pression; coliques assez vives qui reviennent souvent; ténesme; les matières rendues sont jaunâtres, très liquides. —Panade, eau de gomme, potion opiacée, et deux lavements émollients.

Visite du 17. — Le malade a eu six selles; le ventre est un peu moins douloureux à la pression, mais les coliques sont aussi vives. — Panade, eau de gomme, deux lavements avec le sous-acétate à 5 grammes: ils sont gardés une heure chacun.

Visite du 18. — Les coliques ont cessé après l'expulsion du premier

lavement et n'ont pas reparu depuis; le ventre est souple et indolent; il n'y a pas eu de selles. — Quart, panade et un œuf, du vin, eau de gomme, et un seul lavement avec le sous-acétate à 5 grammes.

Visite du 19. — Le lavement a été gardé une heure, et il n'y a pas eu de selles depuis.

Les lavements saturnins sont suspendus; l'alimentation est augmentée; les selles deviennent solides et sont expulsées tous les deux jours, selon l'habitude du malade avant la maladie; il sort le 24 janvier.

OBSERVATION (*Diarrhée*).

D..., du 21e de ligne, à la suite d'excès de boisson, est pris, le 16 janvier, de vomissements, de coliques et de diarrhée. Il reste couché, observe la diète et boit de l'eau de riz; malgré cela, le nombre des selles augmentant, il entre à l'hôpital le 19 au soir.

Visite du 20. — Le malade est allé à la selle environ tous les quarts d'heure depuis son entrée; sa langue, sale à la base, est rouge sur son limbe; anorexie; soif vive, et dès que le malade a bu, il est obligé d'aller à la selle; abdomen sensible au toucher; coliques vives et presque continues. — Diète, eau de gomme; quatre lavements de sous-acétate à 6 grammes. Le premier lavement est gardé vingt minutes; le second, une heure, et les deux autres, une heure et demie.

Visite du 21. — Le malade a eu six selles dans la journée, et deux seulement pendant la nuit; les coliques ont cessé après l'administration du troisième lavement; le ventre est moins douloureux à la pression, et la soif est moins vive. — Bouillon, eau de gomme; quatre lavements avec le sous-acétate à 5 grammes. Ils sont gardés une heure ou une heure et demie chacun.

Visite du 22. — Le malade n'a pas eu de selles; la langue s'est nettoyée; la soif s'est calmée; le ventre n'est plus sensible à la pression, et le malade demande à manger. — Panade, eau de gomme; un seul lavement avec le sous-acétate à 6 grammes.

Visite du 23. — Le lavement, qui a été donné froid, a provoqué quelques coliques, qui ont cessé dès qu'il a été rendu, vingt minutes après son injection; il n'y a eu qu'une selle molle. — Panade, deux pommes cuites, eau de gomme.

Le 24, le malade n'a pas eu de selle; ses aliments sont augmentés. Le 25, il a une selle dure; à partir de ce jour, les selles deviennent normales, et D... sort guéri le 3 février.

OBSERVATION (*Diarrhée*).

P..., du 4e de ligne, est entré à l'hôpital de Versailles pour une dyssenterie qui a nécessité un traitement de vingt-cinq jours; quatre ou cinq

jours après sa sortie, il est pris de diarrhée et continue près de trois semaines à faire son service, avec des alternatives de trois à six ou huit selles dans les vingt-quatre heures. L'amaigrissement, la perte de l'appétit et des forces le décident à entrer à l'hôpital du Gros-Caillou, le 21 janvier.

Visite du 22. — Amaigrissement prononcé, chairs flasques, pâleur générale; langue sale à la base, rouge sur les bords et à la pointe; peu d'appétit, soif peu vive; ventre sensible au toucher, borborygmes dans le trajet du côlon; deux selles dans la journée, quatre dans la nuit; elles sont très liquides et provoquées par des coliques, surtout la nuit. — Panade, eau de gomme; trois lavements avec le sous-acétate à 5 grammes. Ils sont gardés de quinze à vingt minutes chacun, et les matières rendues, à ce que dit le malade, ressemblent à du blanc d'œuf nageant dans du lait.

Visite du 23. — Il n'y a eu ni selles ni coliques; la langue s'est un peu nettoyée; le ventre est souple et indolent; le malade accuse de l'appétit. Quart et deux œufs, eau de gomme, et un seul lavement avec le sous-acétate à 6 grammes; il est gardé une heure.

Visite du 24. — Il n'y a pas eu de selle; l'alimentation est augmentée, et les lavements sont suspendus.

Les jours suivants, les selles deviennent normales, le malade reprend des forces et de l'embonpoint; il sort guéri le 3 février.

OBSERVATION (*Diarrhée chronique*).

C..., du 24e de ligne, entre à l'hôpital le 23 février; il est atteint de diarrhée depuis deux mois.

Visite du 24. — Pâleur générale, maigreur assez prononcée; langue humide, un peu rouge sur son limbe; soif, peu d'appétit; ventre souple et indolent, borborygmes et coliques passagères; trois selles dans le jour, quatre la nuit; leur expulsion cause une cuisson vive à l'anus. — Panade, eau de gomme, et trois lavements avec le sous-acétate à 6 grammes. Un seul lavement est donné à dix heures du matin, et il n'est rendu qu'à cinq heures du soir, mêlé à des matières noirâtres; les deux autres ne sont pas donnés, parce que le premier n'a pas été rendu à midi, et qu'à une heure le malade a un accès de fièvre qui dure jusqu'au soir.

Visite du 25. — Le malade n'a eu qu'une selle pendant la nuit, il n'y a pas eu de coliques; l'accès de fièvre est entièrement passé; l'appétit est revenu. — Deux panades, matin et soir, eau de gomme, et un seul lavement avec le sous-acétate à 6 grammes; il est gardé deux heures.

Visite du 26. — Il n'y a pas eu de selles, la fièvre n'a pas reparu, le malade demande une augmentation dans son régime. — Demi, deux œufs eau de gomme; pas de lavement.

A compter du 27, les selles deviennent normales, la nutrition se fait bien, l'alimentation est augmentée et le malade sort guéri le 31 janvier.

OBSERVATION (*Diarrhée*).

G .., du 73e de ligne, entre à l'hôpital le 5 février; il est atteint, depuis quinze jours, d'une diarrhée qui a été traitée à l'infirmerie du régiment pendant six jours, sans amélioration.

Visite du 6. — Le malade a eu treize selles depuis la veille au matin; coliques fréquentes, ventre souple et sensible à la pression, borborygmes; bouche mauvaise, langue rouge sur les bords et à la pointe; soif assez vive. — Bouillon, eau de gomme; deux lavements avec le sous-acétate à 5 grammes. Un seul lavement est donné, il est gardé dix heures.

Visite du 7. — Les coliques ont entièrement cessé, le malade a dormi la nuit; le ventre n'est plus sensible, la langue est moins rouge, la soif est modérée. Il n'y a pas eu de selle. — Panade, eau de gomme; pas de lavement.

Visite du 8. — Le malade a eu une selle liquide dans la nuit, mais sans coliques. — Panade, eau de gomme.

Visite du 9. — Il n'y a pas eu de selles, l'appétit est augmenté. — Quart, deux œufs, du vin, eau de gomme.

Le 10, le malade a eu une selle demi-molle dans la nuit. L'alimentation est augmentée. Les jours suivants, les selles deviennent normales. Le malade reprend des forces et un peu d'embonpoint; il sort guéri le 17 février.

MESSIEURS,

Les observations que j'ai l'honneur de présenter à la Société médicale des hôpitaux de Paris sont relatives à l'emploi du sous-acétate de plomb administré à haute dose, en injections intestinales, dans les diarrhées ou les dyssenteries aiguës ou chroniques, sans que ce remède, que j'expérimente depuis six ans, ait jamais déterminé aucun des phénomènes connus sous le nom d'intoxication saturnine.

L'action du sous-acétate de plomb présente à considérer deux phénomènes distincts : l'un physiologique et l'autre thérapeutique, dont l'ensemble a pour effet d'arrêter les diverses sécrétions intestinales morbides, et par là de déterminer la guérison et le rétablissement des malades.

Mode d'administration.

Le sous-acétate de plomb liquide peut être prescrit à la dose de 5 à 10 grammes, étendu dans 500 grammes d'eau distillée tiède, pour un lavement; ce lavement doit être répété trois, et même quatre fois dans la journée, lorsque les selles sont nombreuses, afin de tenir tête au mal, et empêcher, par ce moyen, l'inflammation de revenir sur elle-même.

L'eau ordinaire pourrait servir, mais elle a l'inconvénient que nous connaissons tous, de décomposer le sous-acétate de plomb, et de paralyser, par cette décomposition prématurée, l'effet du médicament.

Le nombre de lavements à administrer aux malades est relatif à la fréquence des selles; mais lorsque la diarrhée est arrêtée, on peut, par prudence, en donner un pendant deux ou trois jours encore.

On commence ordinairement par 5 ou 6 grammes, mais, si les évacuations ne diminuent pas, il ne faut pas hésiter à augmenter la dose et le nombre des injections.

Par ce procédé, les malades sont rarement mis à la diète, à moins que la réaction fébrile ne soit très intense.

Pendant les deux premiers jours, les malades sont mis à la panade, et les jours suivants ils mangent le quart et la demi-portion. Cette alimentation rapide, que permet cette méthode d'arrêter les diarrhées, fait que les convalescences ne sont jamais longues.

Effets physiologiques et thérapeutiques.

Il est rare qu'après avoir reçu ces injections les malades éprouvent quelques douleurs; cependant plusieurs m'ont dit avoir éprouvé, pendant cinq ou six minutes seulement, un léger sentiment de fourmillement vers l'anus. Dans tous les cas la sensibilité de la muqueuse s'émousse

promptement par l'effet sédatif du médicament, et à moins que l'irritation ne soit trop vive, les malades gardent facilement ces lavements pendant deux heures et même pendant des journées entières, et plus facilement encore que les lavements émollients ou opiacés.

J'ai examiné plusieurs fois les matières rendues après des lavements qui avaient été gardés pendant une demi-heure ou une heure; et j'ai toujours vu alors que les matières présentaient des grumeaux ou des pellicules ayant quelquefois jusqu'à deux ou trois centimètres de long sur un centimètre de large, blanchâtres, nageant dans un liquide troublé ordinairement par des grumeaux de matière fécale, et qui, par le repos, venaient bientôt après occuper le fond du vase. C'est dans cette partie seulement que se trouvait le plomb, ainsi que M. Chevallier, qui a bien voulu me prêter son concours, s'en est plusieurs fois assuré.

Ce fait, messieurs, n'a rien d'étrange; car nous savons que le sous-acétate de plomb coagule le mucus en s'emparant des acides des sels qu'il contient, pour former de nouvelles combinaisons insolubles.

Mais lorsque ces lavements restent dans les intestins pendant 24 heures, les matières solides sortent, après ce laps de temps, noires, ainsi que la partie liquide.

Cette coloration est due à un sulfure de plomb.

Maintenant, que se passe-t-il dans l'intérieur de l'intestin? Ce qui se passe, sans doute, tous les jours sous nos yeux, lorsque nous mettons une des parties externes en contact avec un liquide semblable, mais avec cette différence, que l'action doit être bien plus sensible, lorsqu'elle s'exerce sur une membrane muqueuse enflammée et lubrifiée par sa sécrétion. Or voici, je pense, comment on peut expliquer cette action.

Le sous-acétate de plomb, n'étant pas décomposé avant d'être injecté dans l'intestin, et se trouvant immédiate-

ment en présence de sels susceptibles de le décomposer, tels que les sulfates, carbonates et phosphates qui se trouvent dans nos sécrétions intestinales, il en résulte de nouveaux composés insolubles qui, en se précipitant, forment sur la muqueuse intestinale enflammée une couche dont l'absorption est très difficile sinon impossible, et dont le résultat produit un effet répercussif, astringent, et sédatif immédiat; une astriction fibrillaire, qui diminue le diamètre des vaisseaux capillaires au point d'empêcher, sans doute, les liquides d'y pénétrer, et au point de tarir les exhalations, et de produire enfin cette sensation de froncement et de condensation, que nous remarquons sur les parties qui ont été plongées pendant quelque temps dans l'eau blanche. Mais, comme je le disais plus haut, si l'application des topiques de ce genre n'est pas continuée, la réaction a lieu, et de nouveaux phénomènes de sensibilité, de chaleur et de rougeur se montrent ensuite avec plus d'intensité qu'avant l'application du topique astringent. Si, au contraire, leur action est soutenue, les tissus restent frappés d'engourdissement, et même d'insensibilité; et, dans cet état de condensation, ils sont évidemment moins perméables aux liquides et moins disposés à la fluxion.

Indépendamment de cette action toute locale, il est pour moi bien démontré, que le plomb ainsi déposé sur la muqueuse intestinale, soit qu'une partie soit absorbée, soit qu'il agisse seulement comme sédatif local, détermine certainement une action hyposthénisante très sensible sur la circulation du cœur.

CONCLUSIONS.

Il résulte des observations et des considérations qui précèdent :

1° Que le sous-acétate de plomb liquide, ou extrait de Saturne, administré en lavements dans les diarrhées ou les dyssenteries aiguës ou chroniques, arrête et guérit ces affections ;

2° Que le sous-acétate de plomb, à la dose de 5 à 20 grammes, donné en lavements dans la journée, cette dose, divisée en trois fois, étendue chaque fois dans 500 grammes d'eau, n'a produit aucun phénomène d'intoxication saturnine ;

3° Que j'ai même pu porter cette dose, dans quelques cas particuliers, jusqu'à 30 grammes par jour, avec la même innocuité ;

4° Que plusieurs grammes de sous-acétate de plomb, de 5 à 10 par exemple, ont pu être conservés dans les gros intestins pendant vingt-quatre heures et plus, sans que les malades aient éprouvé aucun dérangement dans leur santé, si ce n'est une tendance à la constipation.

Rapport de M. Devergie sur le Mémoire de M. Barthez.

MESSIEURS,

La Société nous a chargés, MM. Grisolle, Barthez (Ernest) et moi, de vous faire un rapport sur un mémoire de M. Barthez (François), médecin en chef de l'hôpital du Gros-Caillou, mémoire présenté dans le but de faire partie de notre société, aux termes de l'article XVII des Statuts.

Ce mémoire a pour sujet l'emploi du sous-acétate de plomb en lavements dans la dyssenterie et dans la diarrhée.

En voici la substance.

M. Barthez prescrit des lavements au sous-acétate de plomb dans toutes les périodes de la dyssenterie et dans les diarrhées rebelles au traitement ordinaire.

La dose de sous-acétate de plomb varie entre 5 et 10 grammes.

Ce sel est dissous dans 500 grammes d'eau distillée.

Les lavements sont donnés à des intervalles d'autant plus rapprochés que le malade les conserve moins.

Chaque dose de 5 à 10 grammes est fractionnée ordinairement en trois ou quatre lavements de 500 grammes.

Cette médication est mise en usage dans l'état aigu, comme dans l'état chronique de ces affections.

Son emploi n'est pas précédé d'émission sanguine.

Les malades ne sont pas mis à la diète absolue : ils prennent des potages, même dans la période aiguë de la dyssenterie. Celle-ci, comme la diarrhée chronique, est ordinairement arrêtée dans les trois ou quatre premiers jours de l'emploi de ce moyen.

Il ne résulte pas d'inconvénients de l'usage de ces lavements. Il ne se manifeste ni colique ni aucun phénomène d'absorption des préparations saturnines.

Onze observations sont jointes à l'appui ; elles comportent : 3 cas de dyssenterie, 8 cas de diarrhée, dont deux précédés de dyssenterie. Dans plusieurs cas, la diarrhée existait depuis huit ou dix mois ; et dans certains cas de dyssenterie, le malade avait jusqu'à douze garde-robes pendant la nuit.

Les premiers lavements ne sont guère conservés que pendant quelques minutes à un quart d'heure par les malades ; mais la tolérance s'établit au fur et à mesure de l'administration, au point que les derniers sont conservés pendant vingt-quatre heures.

Les évacuations alvines portent, au début comme à la fin de leur emploi, le cachet de l'administration d'une préparation saturnine.

Au début, par l'émission de matières blanches, ou grumeaux provenant de la décomposition du sous-acétate de plomb, fait constaté chimiquement par M. Chevallier. A la fin, et lorsque les lavements sont conservés pendant longtemps, par une coloration noire des matières fécales.

probablement due à la formation de sulfure de plomb sous l'influence de l'acide sulfhydrique, qui se forme dans le gros intestin ou qui s'y trouve.

Telle est l'analyse sommaire du mémoire de M. Barthez.

Cette communication peut être envisagée sous plusieurs rapports que nous allons aborder successivement.

Est-elle nouvelle? Nous répondrons négativement à cet égard, au moins quant à la nature de la substance employée.

Ewel (*The Lond. med. and phys. journ.*, t. XXII) a préconisé l'acétate de plomb dans la dyssenterie, après avoir préalablement fait usage des évacuants.

Burke (*The Edinburgh med. and surg. journ.*, 1826) a employé l'acétate de plomb uni à la teinture d'opium.

Mitchell (*The North Amer. med. and surg. journ.*, Philad., 1826) a donné l'acétate de plomb à la dose de 5 à 10 centigrammes, toutes les deux ou trois heures, en l'associant à l'opium. — Monin (*Revue méd.* 1831) l'a employé avec un grand succès dans une épidémie de dyssenterie putride, où tous les autres moyens avaient échoué. — Laidlaw en portait la dose à 80 centigrammes par jour en 12 pilules, associé à 20 centigrammes d'extrait d'opium (*The Lanc. med. gaz.*, 1828).

Mais il faut remarquer que dans tous ces cas, c'était l'acétate neutre qui était prescrit, et qu'il était donné par l'estomac à l'état pilulaire.

MM. Trousseau et Pidoux, dans leur *Dictionnaire de thérapeutique*, ont établi à cet égard une distinction que semble poser le principe. « L'acétate de plomb ne doit être donné par la bouche que dans les cas où l'on suppose que le siége du mal est entre le côlon et l'estomac; dans le cas contraire, c'est en lavement qu'il doit être administré. »

L'un de nous, votre rapporteur, a publié en 1836,

dans le tome XI du *Bulletin de thérapeutique* de Miquel, le résultat d'essais thérapeutiques, ayant pour objet la suppression de ces diarrhées si rebelles des phthisiques, et qui les conduisent si rapidement au tombeau.

Chargé, à cette époque, du service de M. Rullier à l'hôpital de la Charité, j'ai administré l'acétate de plomb en lavement, après l'avoir préalablement décomposé en presque totalité par le carbonate de soude, et en y associant quelques gouttes de laudanum. La dose relative des deux substances, c'est moitié de carbonate, eu égard à l'acétate de plomb. On dissout à part les deux médicaments et on les mêle au moment de donner le quart de lavement.

Quant à la dose d'acétate de plomb, elle varie de 1 décigramme à 4 décigrammes.

Depuis 1836 j'ai employé ces lavements dans tous les cas de diarrhée qui résistent aux traitements ordinaires. Leur emploi a très souvent été couronné de succès.

Dans cette formule, je recherche moins l'action astringente immédiate de l'acétate de plomb que l'action astringente soutenue du carbonate de plomb qui se dépose sur la membrane muqueuse, y forme enduit, et qui me paraît plus efficace que la dissolution de l'acétate. Ce mélange a d'ailleurs l'avantage de présenter à la membrane muqueuse un composé insoluble moins favorable à une absorption, s'il y avait lieu de la craindre.

Enfin, et pour compléter cet historique superficiel de l'administration de l'acétate de plomb, nous ajouterons que Dupuytren et Koref sont ceux qui les premiers ont répandu l'emploi de ce médicament à Paris; mais ils s'en servaient comme sédatif de l'activité des organes de la circulation.

Plus tard Fouquier, reprenant les expériences tentées par Ettmuller et Pringle, proposa son emploi pour arrêter

les sueurs des phthisiques, ainsi que la diarrhée compagne de la phthisie.

En résumé, l'administration de l'acétate de plomb par l'estomac n'est pas nouvelle pour combattre soit la dyssenterie, soit la diarrhée. L'un de nous, dès 1836, l'administrait en lavement. MM. Trousseau et Pidoux l'ont plus tard préconisé en formulant le principe de son administration à l'intérieur soit par l'estomac, soit par l'anus.

M. Barthez a employé le sous-acétate de plomb dans les mêmes circonstances, et il a toujours compté des succès. Ce qui caractérise sa médication, c'est la dose à laquelle il donne le sous-acétate de plomb et l'administration de ces lavements à intervalles d'autant plus rapprochés qu'ils sont gardés moins longtemps. Mais nous nous demandons si l'on n'obtiendrait pas les mêmes résultats en employant, comme nous l'avons fait, l'acétate neutre décomposé. Ce n'est pas que nous redoutions en général le développement de la colique saturnine, question que s'est posée M. Barthez. En effet, l'absorption est nulle ou presque nulle dans les membranes muqueuses qui sécrètent en abondance, mais comme M. Barthez propose l'usage du sous-acétate de plomb dans les diarrhées qui, quoique peu abondantes, persistent et se maintiennent pendant un temps souvent fort long, nous nous demandons si, dans l'espèce, il ne serait pas plus sage d'employer les lavements que l'un de nous a proposés

Jusqu'alors on ne connaît pas de faits de colique de plomb développée à la suite de l'administration des lavements saturnins. Mais il ne faut pas oublier que les annales de la science ont enregistré plusieurs cas mortels de coliques saturnines à la suite de l'administration de l'acétate de plomb à l'intérieur, non seulement pendant l'administration de ce médicament, mais encore longtemps après son emploi.

Les premiers faits de ce genre ont été signalés par

M. Chomel dans le *Dictionnaire de médecine* en 25 vol., art. Colique. M. Tanquerel des Planches en a cité un autre (*Bull. de thérap.*, t. XI). Le docteur Carrière en a inséré un troisième dans le tome XXIV du même journal. Chez ce malade, qui prenait 15 centigrammes d'acétate de plomb par jour, dose qui en quatorze jours fut successivement portée à 1 gramme 20 centigrammes, les coliques se montrèrent dès le quatrième jour de cette forte administration : le traitement de la Charité en fit justice ; mais, un mois après la cessation de ce médicament, il survint une paralysie saturnine qui conduisit rapidement le malade au tombeau. Le sujet de cette observation étant un peintre en bâtiments, on pouvait douter que le traitement par l'acétate de plomb eût été la cause du développement de la paralysie saturnine. Il n'en peut être de même de celui qui a été inséré dans le tome XVII du même journal par le docteur Bieking, de Mulhouse. Dans celui-ci, il s'agit d'un jeune homme de quinze ans, menacé de succomber à la phthisie, et chez lequel l'acétate de plomb fut donné à la dose de 5 centigrammes par jour, puis porté plus tard jusqu'à 15 centigrammes, et continué pendant 3 mois. Ce jeune homme était rentré au collége dans un bon état de santé ; il avait cessé toute médication depuis un mois, lorsqu'il fut pris de paralysie saturnine, et succomba le dix-septième jour à des accidents cérébraux.

Eh bien, il nous paraît sage de ne pas perdre de vue ces faits, quoiqu'ils ne soient pas directement applicables à l'espèce, et l'on ne saurait trop se mettre en garde contre de pareils accidents. C'est assez dire que les lavements à l'acétate ou au sous-acétate de plomb ne devront être employés que dans une certaine mesure, et surtout pendant un temps qui ne soit pas trop prolongé. Ne redoutons pas les doses fortes qui pourraient être nécessaires à combattre un flux intestinal très abondant, mais redoutons *l'emploi prolongé* des doses faibles. Ce sont

celles qui peuvent le plus causer des accidents. Ceci nous rappelle un fait de date déjà ancienne et qui a été porté à notre connaissance. On nous pria un jour d'analyser des pilules. Nous retrouvâmes dans chacune d'elles environ 12 milligrammes d'acétate de plomb. Ce renseignement acquis, nous avons appris qu'une personne qui éprouvait depuis un certain temps des coliques sourdes, et dont la santé s'altérait notablement, faisait usage de ces pilules à titre de pilules calmantes et digestives. Elle en prenait une par jour ; elle n'a ressenti ces accidents du côté du ventre qu'après un temps assez long de leur usage journalier. C'était sa femme qui les lui donnait.

En résumé, M. Barthez, sans être novateur absolu, nous paraît avoir appelé l'attention des praticiens sur un mode de médication qui, dans beaucoup de cas, peut devenir très utile, et nous sommes heureux d'enregistrer ces faits nouveaux comme le fruit de l'observation d'un excellent praticien qui viendra apporter dans notre société le fruit de sa saine expérience.

En conséquence nous avons l'honneur de vous proposer son admission.

OBSERVATION

D'UN CAS DE MÉNINGITE RHUMATISMALE,

AUTOPSIE.

PAR M. GOSSET,

Interne à la Maison nationale de santé (service de M. Requin).

Dans un moment où les débats académiques ont mis à l'ordre du jour la question si vaste, si complexe, du rhumatisme articulaire aigu, la Société des médecins des hô-

pitaux ne pourrait accueillir avec indifférence l'observation d'un cas de *méningite rhumatismale* terminée par la mort. Cette observation, que j'ai recueillie à la Maison nationale de santé, dans le service de M. Requin, mon maître, outre son intérêt de circonstance et d'actualité, se recommande encore par l'intérêt scientifique qui accompagne un fait rare, dont les fastes de la médecine possèdent à peine quelques exemples.

Observation. — Le 21 mai 1850, au soir, on apporte à la Maison de santé le nommé Madamet, vingt-deux ans, d'une constitution extrêmement robuste et vigoureuse, commis marchand de bois à Vitry-le-Français. Depuis une quinzaine de jours il était atteint de rhumatisme articulaire aigu. Les douleurs avaient envahi successivement les pieds, les mains, les genoux ; elles étaient, à son arrivée, fixées en ce dernier point. Il avait, dit-il, été saigné une fois au début de la maladie, et on lui avait récemment appliqué 12 sangsues à chaque genou ; les piqûres en étaient encore fraîches et rouges. — Quoi qu'il en soit, son rhumatisme durait depuis quinze jours, sans avoir acquis une intensité bien grave, lorsque tout à coup on trouva le malade levé seul, et pendant la nuit occupé à remuer son lit ; il désirait se livrer à des actions insolites. Son médecin fut mandé sur-le-champ, qui conseilla de l'amener à la Maison de santé, après avoir remarqué dans ses idées et ses gestes quelque chose d'incohérent, de vague, de désordonné et tenant du délire. Jusque-là le traitement avait été des plus simples ; outre la saignée et les sangsues, poudre de Dower, sudorifiques en tisane, repos et cataplasmes. — Arrivé à l'hôpital, son pouls très plein, très fort, sa face vultueuse, l'excitation cérébrale, tout réclamait une saignée. On la lui fit soudaine et très large, et l'on prescrivit 4 pilules de 2 centigrammes d'opium, de deux en deux heures.

Le lendemain, à la visite, le caillot sanguin présentait

une couenne épaisse, déprimée en godet. Le pouls était large et vif, le facies animé, mais les idées assez saines. Les douleurs avaient bien diminué. Un léger et très superficiel souffle existait au cœur. Comme la saignée de la veille au soir avait été très abondante, on résolut d'attendre la fin du jour pour la renouveler, si le cas le réclamait. Cinq centigrammes d'extrait thébaïque furent prescrits pour la journée.

Mais à une heure de l'après-midi le malade fut repris d'agitation plus grande; il voulait se lever, remuait ses membres rhumatisés, sans souffrir, et était en proie à un délire et à des mouvements désordonnés, qui nécessitèrent de recourir à l'emploi de la camisole de force. Son faciès prit un aspect à la fois menaçant et désespéré; ses yeux devinrent brillants, ses pupilles oscillantes, et ses paupières s'injectèrent. A chaque instant, il sortait ses jambes du lit pour s'en aller, criant que la maison où il se trouvait n'était qu'un repaire de voleurs, que ceux qui y entraient n'en sortaient jamais, et qu'on devrait au moins le laisser mourir en paix. Son pouls était devenu petit, et la saignée impraticable en raison de son extrême agitation. Je prescrivis les sinapismes. Le délire alla croissant jusqu'à six heures, se calma un peu, s'affaissa bientôt, et enfin se termina par l'agonie, à huit heures du même soir.

Autopsie. — Les articulations malades sont parfaitement dégonflées et contiennent à peine quelques gouttes de synovie épaisse, visqueuse et jaune. Pas d'œdème à la peau, rien aux cartilages, ni à la synoviale, etc. — L'arachnoïde est opaque, épaissie par des dépôts plastiques, mais sans adhérence au cerveau. Elle est le siége d'une injection hypérémique très abondante, caractérisée par des vaisseaux volumineux et ramifiés dans le tissu cellulaire qui la recouvre. Elle est tapissée d'une couche plastique, albuminoïde, et d'un nuage opalin aux deux cornes frontales, ainsi qu'en d'autres points isolés de son éten-

due. Il y a de la sérosité trouble et fibrineuse dans la grande cavité arachnoïdienne (50 ou 60 grammes). Il semble qu'entre les deux feuillets, viscéral et pariétal, de l'arachnoïde, la couche plastique épanchée n'ait pas eu le temps de s'organiser en pseudo-membrane. — Rien dans la pulpe cérébrale. Elle n'est pas déchirée quand on la sépare de la méninge. — Rien au cœur, ni dans les poumons, qu'il faille noter.

La solidarité pathologique que le rhumatisme articulaire aigu présente dans toutes les membranes synoviales ou séreuses du corps humain ne fait plus, aujourd'hui, l'ombre d'un doute dans l'esprit des praticiens.

Dès le XVIIIe siècle, Stoll, Storck et autres observateurs contemporains, avaient été frappés des troubles qui survenaient dans les mouvements du cœur et dans la respiration pendant le cours des fièvres rhumatismales qui sévissaient alors à l'état épidémique. « A l'improviste et tout à coup, la matière rhumatismale, dit Stoll, quittait les membres, et la poitrine était prise de dyspnée, d'orthopnée, de toux, d'oppression. Le pouls devenait nul au poignet; le cœur battait d'une façon très désordonnée et très vite. — Storck ajoute que lors du retour des douleurs aux membres, les symptômes thoraciques disparaissaient. MM. Chomel et Andral signalèrent également, plus tard, des cas de péricardite et de pleurésie rhumatismales, diagnostiquées sur le vivant et confirmées à l'autopsie. Enfin, M. Bouillaud, fort du dénombrement de ses observations personnelles, formula, comme une loi précise, que neuf fois sur dix l'inflammation du tissu fibro-séreux du cœur coïncidait avec le rhumatisme articulaire aigu généralisé. Cette loi, qui plie sous le poids de ses exceptions, se réduit, comme valeur, aux propositions moins ambitieuses des observateurs précités. Il ne reste plus rien à en dire, d'ailleurs, après la savante, judicieuse et critique analyse à laquelle MM. Requin et Grisolle se sont livrés à son égard.

Le péritoine aussi peut être envahi par la phlegmasie rhumatismale. La science en possède au moins deux exemples : Pinel, dans sa médecine clinique, cite une gastro-péritonite, confirmée par l'autopsie, six jours après qu'un accès de colère avait remplacé des symptômes arthritiques du pied gauche par des symptômes alarmants du côté de l'estomac et du péritoine. M. Andral, dans sa clinique médicale, rapporte un cas de péritonite suraiguë emportant brusquement son malade, le surlendemain de la disparition de son rhumatisme. La nécropsie montra, dans l'abdomen, de la sérosité sanguinolente, des flocons et des fausses membranes.

Enfin, quant à la quatrième et dernière séreuse viscérale, l'arachnoïde, son inflammation dans le cours du rhumatisme, soit à titre de complication, soit à titre de métastase, est un fait rare, mais réel. Ce n'est qu'à de longs intervalles que la médecine en inscrit des observations dans ses annales. Storck, dans la relation qu'il nous a laissée d'une épidémie rhumatismale, rapporte que deux malades furent pris inopinément d'oppression, de somnolence, d'aphonie et d'orthopnée; leur pouls devint petit, inégal ; leurs extrémités se refroidirent, et ils moururent le lendemain. A l'autopsie, on rencontra, dans les plèvres, de la matière jaune et gélatineuse en grande abondance. Entre la pie-mère et le cerveau, ainsi que dans les ventricules cérébraux antérieurs, il y avait pareillement de la même gelée. — Stoll parle d'un rhumatisant au 14e jour, pris de délire subit, et succombant peu de jours après, dans un assoupissement apoplectique. A l'autopsie, épanchement séreux dans l'arachnoïde et dans les ventricules latéraux. — Scudamore cite un fait analogue chez une jeune lady, par suite du changement de siége de phénomènes arthritiques. — Enfin, Marjolin racontait qu'à la suite du soulagement qu'une nombreuse application de sangsues avait procuré à un rhumatisant, il avait

vu ce dernier s'endormir pour ne plus se réveiller. — A ces faits, qui pèchent tous par le défaut de détails cliniques ou anatomo-pathologiques, j'ai voulu joindre celui que le hasard m'a fait récemment observer et dont j'ai tout à l'heure raconté l'histoire.

Dans les sciences comme dans les arts, il faut que tout ait son enseignement. Un fait positif, tout rare et isolé soit-il, entraîne toujours avec lui une certaine force de conclusion. Il n'en doit pas être autrement de celui que je viens de signaler, et qui, comme un écho, répond, à travers un laps de 70 ans, aux observations pareilles que Stoll et Storck nous ont transmises. Sans nul doute, il s'en est présenté de semblables, en nombre assez grand, peut-être, depuis cette époque; mais elles sont restées toutes ou presque toutes enfouies dans l'expérience personnelle de praticiens moins jaloux de butiner pour la science que pour eux-mêmes.

La pathologie de tous les âges a révelé, par l'affinité morbide, l'analogie anatomo-physiologique que le scalpel et le microscope ont constatée depuis entre les séreuses articulaires et viscérales. Cette remarque ne doit pas être perdue pour l'étude pathogénique du rhumatisme. Qu'est-ce, en effet, que cette maladie qui, par une brusque délitescence, saute des pieds à la tête, laissant une articulation pour un viscère, ou plutôt l'enveloppe de l'une pour l'enveloppe de l'autre? Si c'est une inflammation, comme on n'en saurait douter, assurément elle porte avec elle un cachet *sui generis*, aussi irrécusable que celui de la syphilis. Nier l'inflammation dans le rhumatisme, ou bien n'y voir qu'une phlegmasie franche et simple, c'est être également loin de la vérité; les extrêmes se confondent dans l'erreur.

Le rhumatisme est une inflammation. Laissons de côté tous les signes locaux et généraux: rougeur, chaleur, tuméfaction, hypérémie, fièvre, etc. Nous pourrions

négliger aussi la couenne du sang et la rapporter à un état spécial non inflammatoire, comparable à celui qui la produit chez les femmes enceintes, sous l'influence d'un travail éminemment physiologique, et lors même que leur grossesse s'accompagne de signes chlorotiques et de troubles fonctionnels attribuables à un vice de proportion du sérum, du fer, ou des autres éléments constitutifs du sang. Mais quand on juge la question d'un point de vue philosophique, il faut bien s'avouer à soi-même que l'effet doit être de la même nature que sa cause. Or, un rhumatisme localisé au genou ou à la hanche disparaît comme par enchantement après un bain de vapeur ou une application de sangsues, et voilà qu'une inflammation fortement caractérisée se déclare dans l'arachnoïde ou la plèvre. Si, pour juger de cette métastase, nous n'avions que les lésions de fonctions, sans lésions organiques sensibles, le doute serait peut-être encore permis sur la nature inflammatoire du mal. Et, pourtant que de maladies reconnues et acceptées sur la foi des symptômes et sans le contrôle de l'autopsie! Mais ici, quand les lésions inflammatoires sont patentes, quand la phlegmasie a laissé les traces de son passage traduites par des pseudo-membranes, des flocons et des épanchements, peut-on douter de sa nature ou de son origine? Si l'on mettait en regard deux cerveaux atteints de méningite, l'une rhumatismale, l'autre simple, le plus habile anatomiste s'y méprendrait. Il faut donc reconnaître au rhumatisme la faculté d'engendrer des inflammations, et conséquemment admettre qu'il porte originellement un germe phlegmasique lui-même.

Mais je m'empresse d'ajouter que c'est une phlegmasie spécifique. On a rarement occasion d'ouvrir des articulations rhumatisantes. Le cas que je viens de rapporter m'a pour la première fois mis à même de le faire. Or, qu'ai-je vu? Des articulations depuis trois semaines en

proie à des douleurs aiguës, à une chaleur et une tuméfaction intenses, devenues parfaitement saines et sans le moindre vestige inflammatoire. Os, cartilages, synoviale, synovie, ligaments, tout à l'état normal. Est-ce ainsi que se conduirait une arthrite traumatique, par exemple. Celle-ci, par la vivacité de la souffrance, pourrait jeter le malade dans le délire et lui donner une fièvre considérable, le conduire même à la mort par la gravité de la réaction et des phénomènes généraux; mais l'autopsie montrerait du pus, de la sérosité purulente, quelquefois la dénudation des os, l'érosion des cartilages, etc.; et si l'on mettait sous les yeux d'un anatomiste deux articulations dont l'une a été affectée d'arthrite rhumatismale, et l'autre d'arthrite franche, le moins exercé ne s'y tromperait pas.

D'ailleurs, qu'est-il besoin du scalpel pour séparer le rhumatisme de l'inflammation ordinaire? celle-ci est fixe, celui-là est essentiellement nomade. Au lieu de s'attacher au point qui l'a vu naître, il voltige capricieusement, errant d'un lieu dans un autre, restant douze heures ici, vingt-quatre ou trente-six heures là-bas; revient à l'improviste à l'endroit qu'il avait primitivement déserté; et ne disparaît sans retour qu'après une durée dont l'incertitude ne peut être comparée qu'à l'irrégularité de sa marche.

Parlerai-je de son pronostic? Le cas que je viens de raconter impose au médecin de nouvelles terreurs et la plus grande circonspection. Un jeune homme fort et vigoureux succombe en quelques heures à un rhumatisme dont l'expression symptomatique n'avait rien d'effrayant, et pour le traitement duquel rien ne fut négligé. Les indications thérapeutiques ont été remplies avec une religieuse et scientifique exactitude. Le soir même de son entrée, le pouls était plein, fort et vif, la face vultueuse et les douleurs rémittentes; une saignée de 600 grammes fut faite immédiatement, et des pilules d'opium administrées. N'y avait-il pas là de quoi entraver le développement d'une phlegma-

sie viscérale ordinaire ? Que de pneumonies ne prétend-on pas faire avorter ou juguler de la sorte? Le lendemain matin, le traitement est assis sur la même base que la veille; à midi le délire augmente, et l'agitation générale se termine le soir par la mort. Que conclure, sinon qu'il y a dans cette phlegmasie un élément particulier qui fait du rhumatisme un traître ennemi contre lequel le praticien doit toujours se tenir en garde. Une confiance absolue aurait sa source dans l'ignorance ou la témérité.

Cette manière d'envisager le rhumatisme ne serait qu'une stérile vue de l'esprit, si elle ne trouvait son application thérapeutique. En nous montrant les deux éléments bien distincts qui président à la constitution pathogénique de cette affection, elle doit nous apprendre à les combattre tous deux avec discernement. L'un est inflammatoire, l'autre est spécifique. S'en prendre exclusivement au premier, c'est méconnaître le second et s'exposer à être battu par lui. Ces éléments sont diversement combinés. Tantôt l'inflammatoire est dominant; tantôt c'est le spécifique; témoin ces cas dans lesquels la douleur est peu vive, mais très mobile, et qui n'en finissent pas moins quelquefois par amener des complications inquiétantes, comme la pleurésie rhumatismale simple ou double, par exemple. On en pourrait voir un actuellement à la salle 3 de notre service, sur un jeune homme qui offre aussi du souffle au cœur, en même temps que dans les carotides.

La formule des saignées coup sur coup répond quelquefois avec énergie et succès à l'élément phlegmasique; mais elle a l'inconvénient de traiter un rhumatisme comme une pneumonie, c'est-à-dire de ne tenir aucun compte de la spécificité du premier. Que dirait-on d'un médecin qui, négligeant le caractère d'une phlegmasie, d'un ulcère ou d'une tuméfaction syphilitique, s'en rapporterait pour la cure aux antiphlogistiques et aux émollients ? Quand un malade est dans un accès de fièvre intermittente, est-ce à

la saignée que l'on songe ; et les évacuations sanguines locales sont-elles jugées nécessaires sur sa rate douloureuse et tuméfiée ? Non assurément; mais, c'est, dira-t-on, parce que la thérapeutique nous offre l'antidote de ces affections. Soit. Eh bien ! supposons que demain le remède spécifique du rhumatisme soit découvert. Le rhumatisme est une maladie à formes tranchées, qui se présente toujours avec des traits caractéristiques et un groupe de signes qui ne permettent pas qu'on le confonde. C'est ainsi que s'offre, en général, le petit nombre d'affections qui ont en thérapeutique un agent spécial. Admettons donc comme une réalité cet agent spécial, qui n'est encore qu'un être de raison pour le rhumatisme. Dès lors, la formule des saignées coup sur coup n'est plus qu'un rêve, une erreur du passé. Pourquoi donc la systématiser aujourd'hui? Est-ce parce que l'on ne connaît pas de remède spécifique? C'est donc l'ignorance qui en justifie l'emploi ! C'est donc le manque d'un bon remède qui fait que vous en préconisez un mauvais ! La première maxime du médecin doit être : *Ne noceas*. L'art doit-être utile autant que possible, nuisible jamais. Or, la saignée imposée, organisée en système ne peut passer pour un remède innocent. Rien n'est plus redoutable qu'une médecine importune, qui veut être active à tout prix, qui veut faire quand même, et ne peut souffrir qu'une maladie marche sans elle. L'homœopathie a du moins cet avantage, avantage négatif, il est vrai, mais qui, dans certaines circonstances, a bien son mérite ; c'est que ses moyens, s'ils ne font pas de bien, ne peuvent encourir le reproche d'avoir fait du mal. Et, pourtant, que de malades guérissent avec son inoffensif traitement ! On n'en peut dire ainsi d'une thérapeutique spoliative, érigée en formule, et qui s'attache à l'élément de toute force et de toute vitalité. Encore, si, pour guérir immédiatement de son mal, il suffisait de perdre un certain chiffre de sang, on comprendrait que l'on se décidât parfois à ce sa-

crifice ; mais le résultat des saignées coup sur coup est loin d'offrir ce bénéfice. Le relevé et l'appréciation exacte des observations qui ont servi à honorer ce genre de traitement montrent qu'il exige une durée moyenne au moins aussi longue que la durée moyenne normale. Le sacrifice, dès lors, devient d'autant plus pénible qu'il n'est pas mieux récompensé. Et puis, quel rhumatisant ne préférerait conserver ses douleurs 24 heures de plus, pour s'épargner celle de fournir à la phlébotomie plusieurs livres de son sang. La durée, fût-elle même abrégée, n'est pas l'unique élément dont il faille tenir compte. On n'ampute pas une jambe fracturée pour la guérir plus vite, car on sait que

En toute chose il faut considérer la fin.

Quand l'empirisme nous aura donné le remède spécifique du rhumatisme, la question thérapeutique sera jugée. Jusque-là, c'est le rationalisme qui doit guider le médecin ; or, l'élément phlegmasique est-il puissant, développé, considérable, la saignée est indiquée, mais non stéréotypée et calculée à l'avance. On doit saigner un rhumatisme quand le cas l'exige; mais non par cela seul que c'est un rhumatisme. Il faut, avant toute idée préconçue, faire la médecine des symptômes qui traduisent une cause inconnue dans son origine. Le symptôme douleur est, sans contredit, un des plus graves. Un moyen commode d'aider le patient à le supporter, c'est de lui administrer avec surveillance et précaution quelques légères doses d'opium, au point de le jeter dans cet état d'oubli et d'obtusion des sens qui précède le narcotisme. Le rhumatisme progresse ainsi et se termine après avoir épargné une partie de ses angoisses au malade, quoiqu'il n'ait pas été jugulé. C'est à ce mode de traitement que M. Requin donne la préférence à l'heure qu'il est.

Rapport de M. Valleix sur une observation de méningite rhumatismale, présentée à la Société médicale des hôpitaux par M. Gosset.

MESSIEURS,

Dans une des précédentes séances, vous avez entendu la lecture d'une observation de méningite rhumatismale mortelle, recueillie dans le service de M. Requin par M. Gosset, interne à la Maison de santé.

Les lésions trouvées à l'autopsie ont fourni à M. Gosset l'occasion d'exposer sa manière de voir sur la nature de la maladie, et c'est ce point obscur et si controversé qui fera le sujet du rapport dont vous nous avez chargés, MM. Martin-Solon, Grisolle et moi.

Nous n'avons pas besoin de vous rappeler combien les questions que soulève cette communication sont d'une solution difficile. Les opinions si opposées qui se sont rencontrées sur ce terrain, les nombreuses discussions auxquelles ont pris part les médecins les plus considérables sans parvenir à s'entendre, le démontrent jusqu'à la dernière évidence. Ce nouveau fait est-il de nature à rallier tous les esprits à une même manière de voir? Nous ne pouvons pas le croire. Mais, du moins, c'est un document nouveau à ajouter à ceux que nous possédons déjà ; il pourra contribuer plus tard à déterminer la nature du rhumatisme articulaire ; et, à ce titre, il mérite notre attention. Il la mérite aussi parce qu'il nous offre un nouvel exemple de terminaison du rhumatisme articulaire par la mort, avec autopsie faite avec soin ; car on sait que ces cas ne sont heureusement pas très fréquents. Rappelons donc, en quelques mots, l'observation recueillie par M. Gosset.

Il s'agit d'un jeune homme robuste, qui, vers le quinzième jour d'un rhumatisme dont les symptômes n'avaient jusque-là présenté rien de remarquable, fut pris d'un dé-

lire furieux, et succomba au bout de quarante-huit heures environ, après avoir présenté une rémission de courte durée.

A l'autopsie, on trouva toutes les articulations à l'état normal; mais les méninges présentèrent une injection considérable, et de plus on trouva 50 à 60 grammes de sérosité trouble dans la grande cavité de l'arachnoïde, ainsi qu'une couche plastique, *albuminoïde*, suivant l'expression de l'auteur, avec un nuage opalin, tapissant principalement la partie de cette membrane qui couvre les lobes antérieurs du cerveau.

Tel est ce fait en résumé. On sait qu'il n'est pas unique dans la science. Je me contenterai de rappeler deux cas cités par Storck, qui, ayant fait l'autopsie de deux sujets morts en pareille circonstance, s'exprime ainsi : « Sectione » anatomicâ in binis his cadaveribus reperiebatur copiosis- » sima, flava, gelatinosa materies inter membranam pul- » mones ambientem. Talis materies, valde copiosa quoque, » inter piam matrem et cerebrum atque cerebellum hæsit. » Etiam interiores cerebri ventriculi simili gelatinâ pleni » fuerunt. »

On voit donc que la lésion qui a frappé M. Gosset s'est retrouvée dans d'autres cas semblables; mais nous pourrions en citer d'autres dans lesquels tout s'est borné à une injection plus ou moins notable du cerveau et de ses membranes.

Maintenant, quelles conséquences faut-il tirer de ce fait relativement à la nature de la maladie? Les opinions soutenues sur ce point par les médecins peuvent se ranger sous les trois chefs suivants : 1° le rhumatisme est une inflammation, une inflammation multiple qui n'arrive pas ordinairement à la période de suppuration, mais qui y arrive dans quelques cas; 2° le rhumatisme est une maladie générale avec inflammation des articulations, mais inflammation spécifique; 3° le rhumatisme est une affection gé-

nérale, une fièvre rhumatismale, et les phénomènes qui se montrent du côté des articulations sont ceux de la fluxion et non de l'inflammation.

M. Gosset repousse la première manière de voir, et, selon nous, avec raison. Il ne nous paraît pas possible de voir dans le rhumatisme une inflammation ordinaire. Une inflammation ordinaire ayant la violence que peut acquérir dans certains cas le rhumatisme, ne laisse pas, du jour au lendemain, la partie malade libre ou presque complétement libre; elle ne se porte pas d'un point à un autre du corps et souvent à des distances très grandes; elle ne laisse pas, après sa disparition momentanée, une fièvre que n'explique pas toujours l'état de quelque organe interne, et qui annonce une nouvelle apparition, nous allions presque dire une nouvelle éruption des phénomènes articulaires.

Ces différences entre l'inflammation ordinaire et le rhumatisme sont grandes; elles auraient, sans aucun doute, frappé les esprits au point de rendre toute contestation à ce sujet impossible, si quelques faits sortant de la règle n'étaient venus compliquer la question.

Dans un certain nombre de cas, on a vu le rhumatisme se fixer sur une articulation, soit d'emblée, soit après en avoir envahi d'autres; et dès lors l'argument tiré de la mobilité de l'affection paraît perdre beaucoup de sa valeur. D'autres fois, on a trouvé des désordres plus ou moins profonds dans les articulations et du pus dans leur cavité, et l'on a pu se croire autorisé à dire que si le rhumatisme ne se termine pas ordinairement par la suppuration, il est du moins des cas où cette terminaison de l'inflammation ordinaire s'est montrée et a résolu la question.

Relativement au rhumatisme fixe, nous ferons remarquer qu'on peut être trompé par une autre maladie qui est l'arthrite franche. De ce que la manifestation du rhumatisme se fait sur les articulations, il ne s'ensuit pas que celles-ci ne puissent pas être le siége de l'inflammation or-

dinaire; et l'on voit, en effet, quelquefois cette inflammation s'emparer d'une manière évidente des tissus articulaires sans qu'on puisse invoquer la cause rhumatismale. Pourquoi n'admettrait-on pas aussi que lorsqu'après avoir parcouru diverses articulations le rhumatisme se fixe sur une d'elles, c'est qu'il se complique d'une inflammation ordinaire? Toutefois nous sommes loin de résoudre cette question par l'affirmative; et il n'est nullement nécessaire d'avoir recours à cette interprétation pour réfuter la manière de voir de ceux qui admettent l'inflammation ordinaire, ainsi que le démontre l'examen des faits au point de vue de la terminaison du rhumatisme par suppuration.

En rassemblant les cas qui ont présenté cette terminaison, et en particulier ceux qui ont été cités par M. Bouillaud, nous avons vu que toutes les fois qu'on a trouvé du pus dans les articulations, il s'agissait de maladies présentant ce que l'on a désigné dans ces derniers temps sous le nom de diathèse purulente, telles que la phlébite et la fièvre puerpérale. Deux cas cités par M. Bouillaud peuvent seuls être regardés comme des exemples de rhumatisme articulaire; or, dans ces deux cas on a trouvé, non du pus, mais une synovie épaisse, jaunâtre, trouble, gluante, semblable à de l'huile concrète, ou mieux au fluide spermatique, ou bien quelques flocons albumineux. Peut-on regarder ces faits comme des cas de terminaison par suppuration?

Les choses en étaient là, lorsque tout récemment un des membres les plus éminents de notre société, M. Andral, a rapporté un cas dans lequel trois articulations ont été trouvées pleines de pus, et les synoviales notablement injectées. Ces lésions furent rencontrées chez une vieille femme, convalescente d'une pneumonie grave dont elle se remettait avec difficulté. Les deux articulations scapulo-humérales et l'articulation huméro-cubitale droite, qui ont présenté les lésions dont il s'agit, furent prises en

même temps, la dernière moins violemment que les autres. La maladie resta fixée dans ces articulations, et la malade succomba au bout de huit à neuf jours, après de vives souffrances.

Ce fait vient-il juger la question, et doit-il modifier les conclusions que nous nous croyons en droit de tirer de l'examen des faits précédents? C'est ce qui ne nous paraît pas démontré. Constatons, en effet, que la malade était dans un état de convalescence difficile, état qui favorise au plus haut degré le développement de l'inflammation dans les diverses parties du corps. Remarquons l'envahissement simultané des trois articulations lésées, articulations qui ne sont pas celles que le rhumatisme envahit ordinairement à son début. Notons, enfin, la fixité de la maladie dans ces articulations primitivement envahies, et nous reconnaîtrons que ce cas ne ressemble pas à ceux que nous avons journellement sous les yeux.

Plus récemment encore, MM. Trousseau et Lasègue ont cité un cas analogue chez un enfant de neuf ans, affecté de scarlatine. Les poignets, l'épaule droite, les genoux, le pied droit ont présenté les signes d'une violente inflammation; et, à l'autopsie, toutes ces articulations et quelques autres qui se sont probablement prises dans les derniers moments ont été trouvées pleines de pus. Le tissu cellulaire sous-synovial était très injecté.

Dans ce cas, encore, ne devons-nous pas remarquer cette persistance de l'inflammation dans les parties envahies, et surtout cette circonstance capitale que la maladie s'est produite dans le cours d'une scarlatine, jugée tout d'abord fort grave?

Ainsi nous ne pouvons pas trouver un seul cas dans lequel, les choses s'étant passées comme dans un rhumatisme ordinaire, la suppuration ait eu lieu. Or, il paraîtra au moins bien singulier qu'une inflammation ordinaire, comme le serait le rhumatisme dans l'opinion dont nous

nous occupons, ne se termine par suppuration que dans des cas aussi exceptionnels.

Dans toute cette discussion, nous faisons volontairement abstraction de l'arthrite traumatique; car nous ne pouvons pas partager l'opinion de ceux qui pensent que c'est par l'étude de l'arthrite traumatique qu'on s'élève à la connaissance de l'arthrite spontanée et du rhumatisme articulaire. Selon nous, ce sont là des affections très distinctes, et conclure de ce qui se passe dans l'une, à ce qui doit advenir dans les autres, c'est s'exposer à de graves erreurs.

Enfin, on peut trouver des arguments contre cette manière de voir, jusque dans les effets des divers traitements mis en usage. Nous ne voulons pas aborder ici la question de prééminence de ces divers traitements; nous voulons seulement rappeler les résultats si remarquables de quelques uns d'entre eux, et notamment du sulfate de quinine et du nitrate de potasse. Ces résultats ne sont douteux pour personne; ce sont des faits dont on ne peut nier l'existence. Or, nous le demandons, est-il une inflammation ordinaire, incontestable, que de pareils traitements attaquent de cette manière?

Passons maintenant à l'opinion de ceux qui regardent le rhumatisme comme une maladie générale, spéciale, avec manifestation inflammatoire sur les articulations. Certes, cette opinion est celle que l'on serait le plus tenté d'adopter au premier abord. Elle est la plus commode, en ce qu'elle fait la part des faits cités par les partisans de l'inflammation, et que, en admettant la spécialité, ellefait de l'affection une entité toute particulière, ce qui la rapproche de la manière de voir de ceux qui ne regardent pas l'affection comme inflammatoire. Ce serait donc, pour nous, un moyen sûr d'éviter toutes les difficultés que de nous y ranger dès à présent, sans pousser plus loin la discussion. Mais, tout en reconnaissant combien sont grandes ces difficultés, nous ne devons pas les éluder, et nous de-

vons aborder toutes les parties de cette question obscure et compliquée.

M. Gosset partage la manière de voir que nous venons de signaler. Il se fonde d'abord sur les symptômes inflammatoires qu'on observe du côté des articulations, gonflement, chaleur, rougeur, douleur; puis, sur les lésions inflammatoires trouvées, après la mort, dans les diverses séreuses, telles que le péricarde, la plèvre, le péritoine, l'arachnoïde. Pour lui, en effet, c'est le rhumatisme qui s'est porté sur ces membranes et y a manifesté la nature inflammatoire.

Nous dirons d'abord, relativement aux phénomènes inflammatoires des articulations, qu'ils ne sont regardés comme tels que d'après les idées systématiques que nous nous sommes faites sur l'inflammation. L'inflammation n'est pas, en effet, une de ces maladies dont la nature se révèle par une circonstance seule et unique, comme la syphilis. Il a fallu rassembler un certain nombre de phénomènes qu'on a vus se manifester dans des états semblables, pour constituer ce qu'on a appelé inflammation. Puis on a dit : quand ces phénomènes se présenteront, nous dirons que l'inflammation existe. Mais ne peut-il pas y avoir une maladie dans laquelle ces symptômes connus se montrent pour la plupart, dans laquelle aussi il en manque un ou plusieurs, et qui d'un autre côté nous offre des différences fort grandes? Et si cette maladie se présente, faudra-t-il, à cause des ressemblances, et négligeant plus ou moins les différences, dire que cette maladie est aussi une inflammation? Ne sera-t-il pas plus exact de dire que cette affection présente des signes d'inflammation qui peuvent d'abord tromper; mais qu'un examen plus attentif fait voir que ce n'en est pas une?

Cette particularité, sur laquelle M. Gosset a insisté, et qui consiste dans la production d'inflammations séreuses internes pendant la durée du rhumatisme articulaire, ne

saurait non plus être regardée comme une raison péremptoire. Nous sommes loin de prétendre que le rhumatisme ne se porte pas sur les séreuses. Mais d'abord il n'est nullement prouvé que lorsque c'est uniquement l'affection rhumatismale qui envahit les séreuses, comme l'arachnoïde dans le cas cité par M. Gosset, il se produit des lésions franchement inflammatoires. En second lieu, on a vu chez des sujets morts avec des symptômes cérébraux intenses, l'encéphale ne présenter qu'une simple injection qu'on n'est pas autorisé à regarder comme un signe d'inflammation. Enfin, pourquoi n'admettrait-on pas que dans une maladie fébrile comme le rhumatisme, les inflammations internes qu'on voit apparaître sont, dans un certain nombre de cas, des lésions secondaires qui se produisent sous l'influence de cet état fébrile ? Il survient parfois des inflammations internes dans le cours des fièvres intermittentes ; en conclut-on que la fièvre intermittente est de nature inflammatoire?

Telles sont les objections que ceux qui regardent la manifestation rhumatismale extérieure comme une espèce d'éruption, une fluxion éruptive, si l'on peut s'exprimer ainsi, dépendante de l'affection spéciale générale, opposent à ceux qui regardent le rhumatisme comme une inflammation.

Entre ces deux dernières manières de voir, nous ne croyons pas pouvoir nous prononcer d'une manière formelle ; et, tout en penchant pour la dernière, nous reconnaissons qu'il y a, pour et contre, des raisons qui peuvent déterminer les meilleurs esprits.

Au reste, quelle que soit celle de ces deux opinions qu'on embrasse, on arrive toujours, et c'est là le point important, à cette grande conclusion pratique, que le rhumatisme articulaire est une maladie générale et spéciale qui, si elle a quelques points de contact avec l'inflammation dans ses symptômes locaux et dans les lésions des séreuses

développées sous son influence, elle n'a aucun autre rapport avec elle et s'en sépare par des différences essentielles. Dès qu'on reconnaît qu'il s'agit d'une inflammation spéciale, on reconnaît que l'affection est d'une nature toute différente de l'inflammation ordinaire. Ainsi, dans la syphilis, nous voyons des parties s'enflammer, s'ulcérer, se gangrener: dans ces cas l'inflammation est évidente; mais nous disons que l'inflammation est spécifique, ce qui nous donne immédiatement l'idée d'une maladie dans laquelle l'inflammation est pour bien peu de chose.

Nous n'avons pas, à l'occasion du travail de M. Gosset, à aborder d'autres points de l'histoire si difficile du rhumatisme. La question que nous avons agitée est d'ailleurs assez importante, assez grande, assez obscure, pour suffire à la discussion. Nous terminons donc en disant que le petit mémoire que nous a présenté M. Gosset offre un vif intérêt, et nous vous proposons : 1° d'adresser des remercîments à l'auteur; 2° de publier son travail dans le recueil des mémoires de la Société, en y apportant les modifications que le comité de publication jugera convenables.

Note de M. Hippolyte Bourdon, lue à la Société à propos du fait communiqué par M. Gosset.

MESSIEURS,

L'excellent rapport de notre honorable collègue M. Valleix ayant soulevé la question des accidents cérébraux qui surviennent dans le cours du rhumatisme articulaire, je demande la permission de vous faire part de quelques recherches auxquelles je me suis livré sur ce sujet, et qui m'ont conduit à penser que ces accidents sont plus communs qu'on ne le croit généralement.

Outre les cas que Stoll, Storck et Scudamore ont cités dans leurs ouvrages et ceux qu'ont rapportés MM. Requin et Briquet, on en trouve des exemples dans Quarin, dans l'article RHUMATISME du *Dictionnaire des sciences médicales*, dans Abercrombie, dans Makintosh et dans un mémoire de M. Hervez de Chégoin publié en 1845.

Ayant moi-même observé un cas de ce genre et en ayant parlé à quelques confrères, je ne tardai pas à réunir plusieurs observations encore inédites; MM. Grisolle, Beau, Thore fils, et M. Variot, mon parent, m'en communiquèrent quatre. Enfin, notre collègue M. Vigla me dit dernièrement qu'il avait eu occasion de voir un fait semblable. Plusieurs d'entre vous, messieurs, se rappelleront sans doute en avoir observé.

S'il est vrai que ces accidents ne soient pas extrêmement rares, il me semble utile d'appeler sur eux l'attention des praticiens. Dans le cours du rhumatisme articulaire aigu, on ne redoute généralement que la péricardite et l'endocardite, et l'on ne songe guère à d'autres complications graves. De plus, comme aujourd'hui on emploie fréquemment, à doses plus ou moins élevées, le sulfate de quinine, qui, donné dans ces proportions, produit des phénomènes nerveux, il me paraît bon de faire connaître des faits qu'on pourrait imputer, qu'on a peut-être imputés à tort à ce médicament.

Je ne vous parlerai pas des cas de méningites rhumatismales bien clairs, bien tranchés, comme celui de M. Gosset; à cette catégorie appartiendrait plus de la moitié de nos faits. Je dirai seulement que la marche de ces maladies a été incomparablement plus rapide que celle de la méningite simple, caractère qu'elles ont emprunté sans doute à l'affection générale à laquelle elles étaient liées, c'est-à-dire au rhumatisme. Je ferai aussi une remarque relativement aux symptômes : c'est que la céphalalgie a été observée rarement, et que le vomissement

n'est noté dans aucun cas. Je pourrais encore vous présenter quelques considérations sur les caractères particuliers des lésions de cette espèce de méningite ; mais je désire surtout appeler votre attention sur certains accidents cérébraux foudroyants, amenant la mort en quelques heures, et qu'on peut difficilement rapporter, suivant moi, à une véritable inflammation des méninges.

Je commencerai par vous citer en abrégé le fait dont j'ai été témoin pendant que j'étais chef de clinique de M. le professeur Fouquier, fait qui m'a vivement impressionné et qui m'a engagé à m'occuper de cette question.

Un jeune homme de vingt-quatre ans, très robuste, d'une excellente santé, est atteint d'un rhumatisme articulaire aigu, avec fièvre modérée et un léger bruit de souffle au cœur. On le saigne trois fois, les deuxième, troisième et quatrième jours de la maladie : on lui applique une fois des sangsues et deux fois des ventouses scarifiées.

Le huitième jour la fièvre persistant à un certain degré, et plusieurs articulations étant encore gonflées et douloureuses, on prescrit 1 gramme de sulfate de quinine. A cinq heures, à la visite du soir, le malade n'éprouvait aucun phénomène nerveux, il souffrait moins de ses articulations. A onze heures du soir, il meurt presque subitement, après avoir présenté, seulement pendant une demi-heure, une agitation extrême et du délire accompagnés d'oppression et des battements de cœur violents.

A l'autopsie, on trouva une injection très prononcée des vaisseaux de la pie-mère, un engouement à la partie postérieure des poumons et dans le péricarde, environ 50 grammes de sérosité sanguinolente, résultat de la putréfaction avancée, sans traces de péricardite ni d'endocardite.

A côté de ce fait intéressant, je pourrais en citer quinze plus ou moins analogues, parmi lesquels les plus remar-

quables sont ceux de Scudamore, d'A. Petit, de Guérin, d'Abercrombie, de M. Hervez de Chégoin et de M. Thore.

Pour donner un résumé succinct des symptômes observés dans ces différents cas, je dirai qu'à une période plus ou moins avancée du rhumatisme articulaire aigu, tantôt le malade a été frappé subitement d'un coma profond dont rien n'a pu le tirer, tantôt il est tombé dans une somnolence qui s'est promptement terminée par la mort; que tantôt, au contraire, ces phénomènes comateux ont été précédés par des symptômes d'excitation cérébrale, par de l'agitation, par du délire, lequel a été plus violent dans le fait de M. Blache et dans celui de M. Récamier. La céphalalgie n'est notée comme ayant existé que dans l'observation de M. Hervez de Chégoin. On n'a jamais observé de convulsions.

Dans trois observations seulement, il est fait mention du changement survenu dans l'état des articulations malades, lors du début des accidents cérébraux. Ces derniers se sont montrés deux fois immédiatement après la diminution et une fois après la disparition complète des douleurs articulaires.

La terminaison a été funeste dans les seize cas dont il est question, et cela en quelques heures, une fois en une heure et demie ; jamais la vie ne s'est prolongée plus de douze heures.

Malheureusement pour l'anatomie pathologique, il n'y a eu que trois autopsies de faites sur ces seize décès. Dans un cas, celui d'Abercrombie, on n'a rencontré aucune lésion pouvant expliquer la mort; dans les deux autres, celui de M. Récamier et le mien, on a trouvé une injection, bien caractérisée, des vaisseaux de la pie-mère, et de plus, dans un cas, de la rougeur à la surface du cerveau, résultant sans doute de la suffusion sanguine de la pie-mère, avec un peu de ramollissement superficiel de la substance

grise, mais aucun épanchement ventriculaire ou autre, aucune fausse membrane, aucune trace de pus.

Malgré la marche si rapide des accidents, dans les faits dont nous nous occupons, doit-on supposer qu'il y a eu méningite, ou bien ne doit-on pas plutôt penser qu'il s'est fait subitement une fluxion vers les organes encéphaliques. Lorsque le rhumatisme frappe les articulations, on sait que la fluxion se fait à la fois sur la membrane synoviale et sur les parties voisines, témoin le gonflement de toute la jointure et la rougeur de la peau. Pourquoi la partie superficielle du cerveau ne serait-elle pas atteinte en même temps que l'arachnoïde et la pie-mère, avec lesquelles elle a des rapports si immédiats?

On comprend très bien qu'une pareille fluxion, sans gravité lorsqu'elle se fait sur des articulations, soit incompatible avec la vie lorsqu'elle atteint les organes encéphaliques et qu'elle acquiert un certain degré d'intensité.

Maintenant voudra-t-on soutenir que ces accidents ne sont autre chose que ceux d'une méningite très étendue et qui marche avec une extrême rapidité? Je répondrai d'abord qu'il n'est pas, je crois, d'inflammation, quelque aiguë qu'elle soit, qui amène la mort en si peu de temps; j'ajouterai que les autopsies pratiquées n'autorisent pas à affirmer qu'il y a eu réellement méningite.

Je pense donc que ces cas se rapportent tout simplement à une congestion violente des méninges et de l'encéphale analogue à celle qui se fait si brusquement sur les articulations sous l'influence du rhumatisme, et qui se dissipe quelquefois d'une manière si rapide, sans laisser la moindre trace de son passage.

Aussi je conçois parfaitement que Stoll ait appelé ce genre d'accident *Apoplexie rhumatismale*. Cette dénomination lui conviendrait peut-être mieux que celle de *Congestion méningo-encéphalique rhumatismale*, parce qu'elle com-

prendrait les cas dans lesquels il y aurait épanchement séreux, et parce qu'elle ne préjugerait rien sur la nature des lésions.

M. Hervez de Chégoin, dans le mémoire que j'ai cité au commencement, donne à ces divers accidents le nom de *Rhumatisme cérébral;* seulement il admet des formes différentes, selon que la maladie a pour siége la membrane fibreuse ou la membrane séreuse intra-crânienne, selon la nature et l'enchaînement des symptômes. Cette dernière manière de distinguer les formes de la maladie se rapproche beaucoup de la nôtre ; nous sommes très heureux de nous rencontrer sur ce point avec notre savant collègue.

Relativement aux causes sous l'influence desquelles ces méningites et ces apoplexies rhumatismales sont survenues, j'aurai peu de choses à dire.

Dans trois cas, les accidents cérébraux se sont montrés après un refroidissement. Dans deux cas, cette cause avait fait disparaître les douleurs articulaires. Dans la troisième observation, il n'est rien dit de l'état de ces dernières.

On s'explique bien comment le froid peut agir, soit en aggravant la maladie et en lui donnant par suite plus d'extension, soit en facilitant son déplacement, ses migrations.

A propos de la question d'étiologie, je me suis demandé si le traitement du rhumatisme par les anesthésiques locaux, recommandé par mon collègue et ami M. Aran, ne pourrait pas agir comme le froid, en faisant cesser brusquement la fluxion articulaire et en rendant ainsi plus faciles les migrations de la maladie vers les organes intérieurs. La fréquence des pleurésies que M. Aran a observées chez les rhumatisants soumis à son traitement, a fait naître en moi cette idée que je vous soumets. Notre collègue avait lui-même été frappé de cette fréquence de la pleurésie; car c'est, si je ne me trompe, ce qui l'a conduit à employer, au début du traitement, quelques sai-

gnées concurremment avec les anesthésiques, afin sans doute d'agir sur l'état général en même temps qu'il traitait l'état local d'une manière si efficace.

Quant au traitement, il n'en est pas question dans le plus grand nombre des observations. Cela tient surtout à ce que très fréquemment le médecin n'a pas eu le temps d'intervenir. Cependant MM. Beau et Ferrus de Briançon ont vu leurs malades guérir sous l'influence d'un vésicatoire appliqué sur la tête et entre les deux épaules.

De tout ce que nous venons de dire, on peut, je crois, tirer les conclusions suivantes :

Les accidents cérébraux qui surviennent dans le cours du rhumatisme articulaire aigu fébrile sont excessivement graves : ils marchent avec une extrême rapidité, et se terminent presque toujours par la mort.

Les uns affectent la forme de la méningite ; les autres rappellent tout à fait l'apoplexie.

Le froid peut être la cause de cette funeste complication.

On doit donc mettre tous ses soins à empêcher les rhumatisants de se refroidir et les surveiller avec la plus grande attention, afin de pouvoir agir dès l'apparition des premiers phénomènes nerveux.

Pour le traitement, on pourra, avec quelques chances de succès, avoir recours au vésicatoire appliqué à la nuque et même sur la tête, après avoir toutefois diminué l'hypérémie cérébrale à l'aide des moyens appropriés.

DE

LA FORMATION SPONTANÉE DES GAZ AU SEIN DES CAVITÉS CLOSES,

PAR M. LE DOCTEUR HÉRARD.

MESSIEURS,

La Société de médecine des hôpitaux a, dans une de ses dernières séances, agité la question de la formation spontanée des gaz au sein des cavités closes. Les opinions qui se sont produites dans cette importante discussion n'ont pas été unanimes, et vous avez manifesté le désir d'observations nouvelles dans lesquelles la non-communication avec l'air extérieur du liquide renfermé dans les cavités fût rigoureusement démontrée. Les faits que j'ai l'honneur de vous soumettre me paraissent remplir entièrement cette condition indispensable; et j'ai pensé qu'ils pourraient peut-être contribuer à la solution définitive d'une question qui intéresse à la fois la clinique, la physiologie pathologique et la chimie organique.

OBSERVATION Ire. — *Pleurésie purulente. — Pneumothorax sans perforation du poumon.*

Payen, commissionnaire, âgé de trente-trois ans, entré à l'hôpital de la Charité (salle Saint-Ferdinand, nº 28) le 10 septembre 1850.

Sa maladie remonte, nous dit-il, à deux semaines. A cette époque, il fut pris de frissons, fièvre vive, point de côté à droite à la partie antérieure du thorax, toux sans expectoration. Il ne fit aucun traitement; les accidents

allèrent s'aggravant de jour en jour, et enfin il se décida à se faire transporter à l'hôpital, dans un état extrêmement grave. Nous constatâmes, à la visite du matin, une anxiété et une oppression considérables, une fièvre intense, le pouls battant 150 fois par minute, égal, régulier, mais petit et dépressible; la douleur de côté persistant à la partie antérieure et inférieure du côté droit, de la toux et une expectoration difficile de crachats jaunes, opaques, sans aucune fétidité. La percussion nous fit reconnaître dans les deux tiers inférieurs environ de la poitrine à droite, principalement en avant et sur le côté, de l'obscurité du son sans élasticité, allant dans certains points jusqu'à une matité complète; à gauche, sonorité normale, peut-être exagérée; aucune différence appréciable sous les clavicules. A l'auscultation, faiblesse de la respiration dans les points où l'on constate la matité; point de souffle tubaire ni amphorique, pas de râles, pas de tintement métallique; la voix n'a pas le caractère égophonique; à gauche, respiration normale, un peu puérile, quelques rhonchus sous-crépitants en arrière; sous les clavicules, aucune modification importante du murmure vésiculaire. Le malade, vu la gravité de son état, ne peut nous donner des renseignements bien circonstanciés sur sa santé antérieure; il nous affirme cependant qu'il ne tousse pas habituellement et qu'il n'a jamais craché de sang.

Mort le surlendemain de l'entrée à l'hôpital (12 septembre). L'autopsie est pratiquée avec un grand soin, trente-six heures après la mort. Dans le but de rechercher si des gaz existaient dans la cavité thoracique, on commença par faire une incision de quelques centimètres à la peau seulement; les lèvres de cette incision furent disséquées de manière à former une petite cavité dont la base reposait sur un espace intercostal, au niveau du point qui avait été le siége de la douleur; cette espèce de godet fut rempli d'eau, le bistouri fut enfoncé dans l'espace inter-

costal, et aussitôt il y eut un dégagement assez abondant d'un gaz dont les bulles vinrent éclater à la surface du liquide. Nous enlevâmes alors le sternum et nous reconnûmes l'existence d'un épanchement séro-purulent du côté droit, circonscrit par des fausses membranes épaisses, adhérentes d'une part à la plèvre pariétale, et de l'autre au poumon. Cet épanchement, traversé par quelques brides pseudo-membraneuses, occupait les deux tiers inférieurs de la cavité thoracique, en avant et sur les parties latérales. L'espace intercostal par lequel le gaz s'était échappé se trouvait correspondre à l'épanchement. Nous examinâmes avec toutes les précautions voulues la surface extérieure du poumon; nous l'insufflâmes afin de bien nous assurer qu'il n'y avait pas de perforation de la plèvre viscérale. Nous ne pûmes découvrir aucun pertuis, aucune ulcération : le poumon était refoulé, condensé par l'épanchement et ne renfermait dans son intérieur aucune des lésions qui déterminent l'hydro-pneumothorax. Il n'y avait ni tubercules, ni gangrène pulmonaire, ni abcès. Du côté gauche, existait un léger engouement à la base.

Ainsi, dans ce cas, le pneumothorax nous paraît devoir être rattaché entièrement à la pleurésie purulente ; l'examen nécroscopique ne laisse pas le plus petit doute à cet égard. Nous sommes porté à penser que ces faits sont plus nombreux qu'on ne le croit généralement, surtout lorsque l'on a affaire à des épanchements purulents; et si on les méconnaît, c'est parce que l'on n'ouvre pas les cadavres avec les précautions qu'exige la recherche des gaz contenus dans la cavité thoracique.

Observation II. — *Dilatation énorme du rein gauche. — Mélange de pus et de gaz. — Aucune communication avec l'air extérieur.*

Reynaud, trente-neuf ans, lingère, entrée à l'hôpital de la Charité le 27 février 1850 (salle Sainte-Anne, n° 5).

Cette femme, d'une bonne santé habituelle, ne peut préciser le point de départ des accidents qui l'amènent à l'hôpital. Il est probable que depuis longtemps une tumeur existe dans le flanc gauche; mais ne déterminant aucune souffrance, elle est restée inaperçue pour la malade.

Au mois de février 1850, à la suite d'une grande frayeur et d'une marche forcée, elle ressentit une vive douleur dans la hanche gauche, puis bientôt dans le flanc du même côté; les urines devinrent rouges, sans qu'elle puisse nous dire si elles contenaient du sang. Elle eut des frissons, de la fièvre; trois jours après, les douleurs, qui, dans le principe, ne se montraient qu'à de rares intervalles, furent continuelles, insupportables, accompagnées de vomissements incessants; les urines commencèrent à être fétides et purulentes. Un médecin fut appelé, fit remarquer à la malade la tumeur abdominale et la soumit à un traitement antiphlogistique, qui ne parut avoir aucun résultat avantageux.

Entrée à la Charité le 27 février 1850. Par l'inspection et la palpation, nous constatâmes dans le flanc gauche la présence d'une tumeur volumineuse soulevant les parois abdominales en avant et à la partie postérieure. La percussion fait reconnaître un son tympanique; si l'on applique l'oreille sur ce point et qu'en arrière on imprime avec le doigt un mouvement brusque, on entend une sorte de tintement métallique très remarquable. Les urines, quelquefois limpides, sont le plus souvent troublées par une grande quantité de pus; elles sont fétides. L'état général est très grave. La face est pâle, jaunâtre, les yeux excavés, la peau chaude; le pouls bat 120 fois par minute; il y a de la diarrhée et des vomissements.

Au bout de quelques jours de séjour à l'hôpital, un érysipèle de la face se déclare; la malade succombe.

Autopsie. — La paroi abdominale antérieure étant enlevée, on aperçoit une tumeur considérable manifestement

formée aux dépens du rein gauche. Cette tumeur remonte jusqu'au diaphragme, en refoulant la rate; elle descend jusqu'au petit bassin; en dedans, elle dépasse la ligne médiane. L'estomac, déplacé, a pris une direction verticale; toutes les anses intestinales, à l'exception du gros intestin, sont entassées dans la cavité pelvienne; sur la tumeur se remarque le côlon descendant, vide, affaissé, sain en apparence. Une secousse brusquement imprimée fait entendre un bruit de flot, et l'oreille, directement appliquée, perçoit alors le même tintement métallique que pendant la vie. L'uretère est épaissi, presque imperméable; il s'ouvre dans le bassinet par une ouverture oblique extrêment petite et tout à fait semblable à l'insertion inférieure dans la vessie. Nous avons perforé la tumeur sous l'eau et nous avons recueilli dans des éprouvettes une grande quantité de gaz qui, analysés par M. Quévenne, pharmacien de la Charité, ont paru essentiellement formés d'acide carbonique et d'hydrogène sulfuré. Une large incision étant pratiquée sur le bord convexe du rein, il s'en échappa environ un litre de pus extrêmement fétide, au milieu duquel nous trouvâmes trois petits calculs noirâtres. L'intérieur du rein présentait un grand nombre de loges communiquant entre elles seulement par le bassinet, auquel aboutissaient les calices. Les cloisons, tapissées, comme, du reste, toute la surface interne de la tumeur, par une fausse membrane, étaient constituées par le tissu glandulaire refoulé. J'ajouterai que le rein ne communiquait pas avec le gros intestin, qui passait, comme nous l'avons dit, en avant de la tumeur, et que pour tous les médecins qui assistèrent à l'autopsie, au nombre desquels se trouvait M. Rayer, le gaz provenait et ne pouvait provenir que de l'intérieur de la cavité rénale.

OBSERVATION III. — *Kyste de l'ovaire. — Mélange de pus et de gaz.*

Le fait qui suit a beaucoup d'analogie avec le précédent. Seulement il s'agit d'une tumeur de l'ovaire au lieu d'une tumeur rénale. Je l'ai observé, il y a plusieurs années, dans le service de M. Chomel; et M. Noël Guéneau de Mussy, qui était alors chef de clinique, a bien voulu me communiquer les détails de l'observation.

La nommée Fermos, âgée de vingt-cinq ans, portefeuilliste, est entrée à l'Hôtel-Dieu (salle Saint-Augustin, n° 21, service de M. Chomel) le 21 août 1839.

Sa maladie a débuté, il y a quatre mois, par des douleurs vives dans le ventre, d'abord intermittentes, puis continues, douleurs qui s'exaspéraient par la pression, la marche et surtout les efforts de défécation. Elle s'aperçut en même temps d'une tumeur dans le flanc droit. Elle entra au mois de juillet, à la Maison de santé, où elle fut ponctionnée trois fois. Les douleurs disparurent, mais la tumeur n'éprouva qu'une légère diminution dans son volume à chacune des ponctions.

Pendant son séjour à l'hôpital, la peau correspondant au sommet de la tumeur se gangrena, et les escarres, en se détachant, laissèrent une ulcération peu profonde qui marcha assez rapidement vers sa cicatrisation.

Lorsqu'elle entra à l'Hôtel-Dieu, le ventre présentait une tuméfaction considérable; les veines sous-cutanées étaient dilatées. La palpation dénotait l'existence d'une tumeur fluctuante; la percussion faisait reconnaître un son tympanique, différent du son intestinal. En imprimant au ventre de petits mouvements brusques, on déterminait la production d'un bruit de gargouillement métallique des plus évidents. En plaçant la malade dans le décubitus latéral gauche, on percevait de la matité dans le flanc et la région iliaque de ce côté; plus haut, le son intestinal; et

du côté opposé, à droite, le son tympanique qui s'était ainsi déplacé. Dans la poitrine, à gauche, existait un épanchement pleurétique ; il y avait de la matité, de la faiblesse de la respiration, de l'égophonie, une toux fréquente sans expectoration. La diarrhée survint bientôt, l'amaigrissement fit de rapides progrès, et la malade succomba, présentant jusqu'au dernier moment les phénomènes de percussion et de succussion qui indiquaient la présence simultanée de gaz et de liquides dans une tumeur abdominale.

Autopsie. — Je passe sur les lésions de la plèvre et du poumon, pour ne m'occuper que de l'ovaire. L'ovaire droit était transformé en un kyste qui dépassait le volume de l'utérus arrivé au terme de la grossesse. Ce kyste était uni à la paroi antérieure de l'abdomen par des adhérences faciles à détruire ; il était constitué par un tissu dense et fibreux, plus mou à la partie postérieure. Il renfermait, ainsi qu'on le constata en ouvrant la tumeur sous l'eau, des gaz formés par de l'acide carbonique, de l'azote, de l'hydrogène sulfuré, et en même temps une bouillie épaisse, purulente, jaunâtre, très fétide.

En résumé, ces trois faits qui viennent s'ajouter au petit nombre de ceux, pour moi, très concluants, que la science possède déjà, me paraissent démontrer que des gaz peuvent spontanément prendre naissance au milieu de nos tissus, sans que l'on soit obligé de supposer une communication avec l'air extérieur. Maintenant, comment se produisent ces gaz ; quels sont les causes, le mécanisme de leur formation ? Sont-ils le résultat d'une décomposition des liquides contenus dans les cavités, d'une sorte de fermentation putride ? sont-ils exhalés par les parois de ces mêmes cavités ? C'est là un point difficile à résoudre.

On admet assez généralement que la présence de l'air ou tout au moins de l'oxygène est indispensable à toute fermentation. La fermentation putride ferait-elle exception à

la règle commune? Quelques faits, les observations que je viens de citer, sembleraient le prouver. Cependant il ne faut pas se hâter de conclure. On connaît l'expérience ingénieuse de Guntz, qui se fit une piqûre à un doigt introduit dans une éprouvette remplie de mercure, et put ainsi recueillir une petite quantité de sang à l'abri du contact de l'air, lequel sang, soumis à une élévation de température, se décomposa, fermenta avec production de gaz consécutivement développés. Mais on peut répondre à cette expérience, que le sang renferme, ainsi que l'a démontré Magnus, de l'oxygène en dissolution, et que ce gaz, dégagé par la chaleur, a déterminé la fermentation putride. D'ailleurs, n'a-t-on pas rapporté des exemples de formation de gaz en l'absence de tout liquide?

Nous serions plus disposé, quant à nous, à admettre que dans certaines circonstances, rares et jusqu'ici mal déterminées, les parois des cavités séreuses, séro-muqueuses naturelles ou accidentelles, sont susceptibles d'exhaler des gaz, comme la muqueuse digestive; que ces gaz, quelquefois sans action sur les liquides simultanément sécrétés, sont, dans d'autres cas, la cause de leur décomposition, d'où résulte un nouveau dégagement de fluides aériformes qui viennent s'ajouter à ceux qui ont été primitivement exhalés.

Rapport de M. Legendre sur le mémoire de M. Hérard.

Messieurs,

Nous avons été chargés, MM. Devergie, Guérard et moi, de vous faire un rapport sur un travail que M. Hérard, médecin du bureau central des hôpitaux, est venu vous lire dans une de vos dernières séances. Ce travail fort intéressant a pour but d'étudier la formation spontanée des gaz au sein des cavités closes, question qui a été agitée

dans le sein de la Société, et dont la solution nous a paru réclamer de nouvelles observations dans lesquelles la non-communication du liquide renfermé dans les cavités fût rigoureusement démontrée.

Pour répondre au désir que vous avez manifesté, M. Hérard est venu vous soumettre trois observations qui lui ont paru remplir cette condition voulue.

La formation spontanée des gaz au sein des cavités closes, sortant des lois habituelles de la pathologie, nous avons dû soumettre ces faits à une analyse rigoureuse, et malgré l'estime que nous professons pour le mérite de l'auteur, nous n'avons pu considérer les faits qu'il a rapportés comme des exemples irréfragables de la formation spontanée des gaz au sein des cavités closes.

Ainsi, la première observation, qui est une pleurésie purulente, compliquée de pneumothorax sans perforation de la plèvre, ne nous a pas paru aussi concluante qu'à l'auteur ; car l'absence ou le défaut de constatation de quelques uns des signes propres à caractériser la présence de l'air dans la cavité pleurale nous font douter que l'épanchement purulent fût compliqué, pendant la vie, de pneumothorax. Nous allons, du reste, citer les propres termes de l'observation, afin qu'on puisse bien juger si notre divergence d'opinion est fondée :

« La percussion nous fit reconnaître dans les deux tiers » environ de la poitrine, à droite, principalement en » avant et sur le côté, de l'obscurité du son sans élasti- » cité, allant dans certains points jusqu'à une matité » complète. A gauche, sonorité normale *peut-être* exagé- » rée ; *aucune différence appréciable sous les clavicules.* A » l'auscultation, *faiblesse* de la respiration dans les points » où l'on constate la matité ; point de souffle tubaire ni » amphorique ; pas de râles, pas de tintement métallique ; » la voix n'a pas le caractère égophonique. »

Il est bien dit, dans cette observation, qu'il n'existait, à

droite, ni souffle tubaire, ni râles, pas de respiration amphorique ni de tintement métallique; mais il aurait été à désirer qu'on spécifiât quels étaient les caractères physiques de l'auscultation dans le tiers supérieur de la poitrine, qui était exempt d'épanchement purulent; il aurait été à désirer, enfin, qu'on eût pratiqué la succussion, qui aurait mis hors de doute la présence d'une certaine quantité d'air mélangé au liquide de l'épanchement. Si, en effet, la respiration amphorique *doit* manquer dans les cas où l'hydro-pneumothorax ne dépend pas d'une perforation pulmonaire, et si le tintement métallique *peut* manquer dans les mêmes circonstances, la succussion doit toujours, et dans tous les cas, déterminer le bruit de flot, quand, dans la même cavité, se trouvent mélangés un liquide et un fluide aériforme. Si vous ajoutez à ces raisons que la sonorité n'était pas plus prononcée sous la clavicule droite que sous la gauche, vous trouverez, comme nous, messieurs, que ce fait laisse à regretter quelques détails importants dont la constatation aurait mis hors de doute la présence, pendant la vie, d'une certaine quantité d'air dans la cavité pleurale. Nous savons bien que l'incision de la poitrine, faite sous l'eau, donna naissance à un dégagement assez abondant de gaz, dont les bulles vinrent éclater à la surface du liquide; et, d'un autre côté, nous sommes très portés à admettre que, dans le cours de la pleurésie, il puisse se faire, dans quelques cas rares, une exhalation gazeuse dans la cavité pleurale; mais, nous le répétons, l'observation de M. Hérard manque de certains détails qui prouvent d'une manière irréfragable l'existence, pendant la vie, d'un hydro-pneumothorax.

Les deux autres observations ne nous semblent pas non plus des exemples inattaquables de formation spontanée de gaz au milieu de cavités closes: l'une, en effet, a pour objet un énorme kyste de l'ovaire qui avait été *ponctionné* trois fois un mois auparavant, de telle sorte que le liquide

mélangé de gaz que l'on trouva dans son intérieur, à l'autopsie, et qui avait été constaté, pendant la vie, à l'aide de la succussion, nous paraît bien plutôt dépendre de l'introduction, pendant la ponction, d'une certaine quantité d'air qui aurait favorisé la décomposition du liquide contenu dans la tumeur, que le résultat de la formation spontanée d'un fluide aériforme constitué par de l'azote, de l'acide carbonique et de l'hydrogène sulfuré.

Quant à la troisième observation, qui a trait à une énorme dilatation du rein gauche, renfermant un mélange de pus et de gaz, nous ne savons pas trop si, alors que l'uretère est encore perméable, quoique rétréci, on doit assimiler le rein à une cavité close, et considérer dès lors la grande quantité de pus mêlé de gaz acide carbonique et hydrogène sulfuré qu'il contient, comme le résultat de la formation spontanée de gaz au milieu de cette espèce de cavité. Malgré ces objections, qui, si elles sont fondées, ôtent aux faits rapportés par M. Hérard la signification qu'il leur a attribuée, nous n'en considérons pas moins les observations qu'il vous a lues comme fort intéressantes; aussi ce travail nous fait-il vivement désirer que l'auteur termine bientôt les recherches qu'il doit vous présenter pour être admis parmi les membres de la Société.

La commission dont je fais partie vous propose d'adresser des remercîments à M. Hérard, et de l'engager à continuer ses recherches.

DE

L'HÉMORRHAGIE INTESTINALE

CHEZ

LES NOUVEAU-NÉS ET CHEZ LES ENFANTS A LA MAMELLE,

PAR M. BOUCHUT.

Les hémorrhagies des voies digestives chez les nouveau-nés et chez les enfants à la mamelle sont très rares, et jusqu'à présent faciles à grouper autour d'un certain nombre de causes évidentes, de nature spéciale, qui servent de base à autant de divisions en catégories distinctes, jusqu'au moment où de nouveaux faits viendront enrichir cette partie de la science et multiplier les divisions dont elle aura été l'objet.

Quelques unes de ces hémorrhagies dépendent d'un état particulier de l'économie, auquel Verlhoff a donné son nom, que l'on connaît aussi sous le nom de *pourpre hémorrhagique*, et qui est la conséquence d'une profonde altération du sang.

D'autres, ce sont les plus fréquentes, ne s'observent que dans les quinze ou vingt premiers jours de la vie, et sont rapportées par les meilleurs observateurs à une sorte de congestion passive de l'intestin, résultant de la compression du fœtus dans le travail de l'accouchement.

Les autres, enfin, sont le résultat de la phlegmasie aiguë ou chronique de l'intestin. Les observations que je rapporte ici sont les premières que je connaisse et qui démontrent l'influence de cette cause dans la production d'une hémorrhagie chez des enfants aussi peu avancés en âge.

Première variété. — L'hématémèse et le mélæna qui ac-

compagnent quelquefois le *pourpre hémorrhagique* ont été observés par M. Richard, chez une enfant de deux ans, atteinte de cette maladie.

Le même observateur a également rencontré le mélæna chez une fille née depuis quelques heures. Cette enfant rendait du sang noir avec le méconium. Il paraît qu'elle continua de rejeter ainsi du sang par les selles une ou deux fois par jour; puis l'écoulement diminua un peu sans pouvoir être complétement arrêté, de sorte que l'enfant affaiblie succomba exsangue au bout de sept semaines. Elle avait un prolapsus du rectum, comme sa sœur aînée de neuf ans; et de nombreuses taches de pourpre sur les jambes indiquaient la nature de sa maladie.

Billard en a observé deux exemples, dont l'un en particulier est fort intéressant.

« Delarue, du sexe féminin, est déposée naissante à la » crèche des Enfants-Trouvés, le 27 mars 1826. Un bulletin » qu'elle portait au bras indiquait qu'elle était née depuis » trois jours; elle était forte et volumineuse, son teint lé- » gèrement ictérique, sa respiration peu développée, son » cri à peine entendu; les membres inférieurs étaient œdé- » mateux. La face, le tronc, les jambes et les bras étaient » couverts de pétéchies violacées plus ou moins larges. » Leur diamètre variait depuis un point assez petit jusqu'à » la valeur d'une lentille. La manière inégale dont elles » étaient disséminées et les intervalles jaunâtres que pré- » sentait entre elles la surface cutanée, donnaient au corps » un aspect chamarré ou tigré. Elle resta deux jours dans » cet état d'inanition, buvant quelques gouttes de lait, » criant à peine, et respirant peu. Elle s'éteignit le 29 mars » au soir. L'ouverture du cadavre fut faite le lendemain. »

» *Appareil digestif.* — L'estomac est rempli d'une assez » grande quantité de sang visqueux et noir; sa surface in- » terne, ainsi que celle du jéjunum, est parsemée de nom- » breuses pétéchies semblables à celles de l'extérieur du

» corps. On trouve dans l'intérieur du tube intestinal des » épanchements de sang répandus çà et là, et la membrane » muqueuse offre, dans les points correspondants à ces » épanchements, des ecchymoses pétéchiales semblables » à celles de l'estomac; *la fin de l'iléon contient un sang plus » noir et plus diffluent;* le gros intestin est le siége d'une » éruption folliculeuse très prononcée, *il contient à sa ter- » minaison une quantité considérable de sang;* sa paroi est » épaisse et ferme.

» La rate, extrêmement volumineuse, est très gorgée » de sang; elle présente près de l'insertion des vaisseaux » courts une rupture oblongue et superficielle, à la sur- » face de laquelle adhère un caillot de sang assez solide. » On trouve dans la cavité abdominale une forte cuillerée » de sang dont l'épanchement est le résultat probable de » la rupture de la rate.

» Le cœur est très volumineux et gorgé de sang; une » sérosité jaunâtre est infiltrée entre la substance propre » de l'organe et le feuillet séreux qui le recouvre; sa sur- » face est parsemée de pétéchies, il en existe également à » la surface des plèvres. Les ouvertures fœtales sont encore » libres, les poumons sont engorgés, les reins et la vessie » présentent aussi de nombreuses ecchymoses. Le cerveau » est le siége d'une forte congestion.

» Le tissu cellulaire des membres et des téguments » abdominaux offre de larges ecchymoses; le sang qui les » forme est infiltré et coagulé dans les mailles de ce tissu.» (Billard, *Traité des maladies des enfants*, p. 106.)

Un de nos collègues, M. Gubler, m'a remis une observation semblable à celle que je viens de rapporter. Elle a pour sujet un garçon âgé de un mois, qui eut successivement un sclérème, une variole discrète et un pourpre hémorrhagique.

Il succomba par le fait d'une pneumonie. Au milieu de ces accidents il vomit un caillot de sang noir, et ses

couches étaient tachées par une matière brune semblable à du sang desséché. Dans quelques points la croûte était facile à recueillir, et l'on pouvait la délayer dans de l'eau, qui prenait une teinte rougeâtre. Ailleurs le linge était sali par du sang rendu liquide. Tout le corps était couvert de taches de purpura, ce qui caractérise bien nettement la cause de l'hémorrhagie. Le sang exhalé dans l'intestin était sorti de ses vaisseaux sous l'influence de la même force inconnue qui avait déterminé l'hémorrhagie du tissu cellulaire et du tissu cutané.

Deuxième variété. — La possibilité des hémorrhagies intestinales au moment même ou peu de temps après la naissance, jadis signalée par Fr. Hoffmann, Brebis (1) et Lafaurie (2), a été l'objet de recherches de la part de Billard (3), de MM. Gendrin (4), Rahn-Escher (5), Kinwisch (6), Barrier (7), Rilliet (8), etc.

Billard a observé vingt-cinq cas de congestions passives du tube intestinal sans hémorrhagie, chez les enfants morts quelques heures ou quelques jours après leur naissance. Nuls symptômes du côté du tube digestif n'avaient révélé cet état. Quinze de ces enfants avaient tous les caractères extérieurs de l'état apoplectique des nouveau-nés et avaient présenté seulement des symptômes de congestion des poumons et du cœur.

Il n'a observé l'hémorrhagie intestinale passive à la suite de cette congestion que chez quinze sujets : huit enfants avaient de un à six jours ; quatre de six à huit ; et trois de

(1) *De vomitu et secessu cruento*, etc. (*Act. nat. curios.*, vol. IV, 1737).

(2) *Annales de la Société de Montpellier.*

(3) *Maladies des enfants.*

(4) *Traité de médecine pratique.*

(5) *Observations sur les hémorrhagies des premières voies* (*Gaz. méd.*, 1835).

(6) *Observ. d'apoplexie abdominale des nouveau-nés.* (*Gaz. méd.*, 1841.)

(7) *Traité des maladies de l'enfance.*

(8) Rilliet, *Gaz. Méd.*, 1848, p. 1029.

dix à dix-huit jours. Sur ce nombre il y avait six garçons et neuf filles. Le plus grand nombre était remarquable par l'état pléthorique des tissus et par la congestion générale des téguments. Quelques uns, au contraire, étaient pâles et faibles comme on l'est après une hémorrhagie abondante. Chez tous, les gros vaisseaux, le foie, la rate, les poumons et le cœur étaient considérablement gorgés de sang; sur neuf, les ouvertures fœtales étaient oblitérées ou sur le point de l'être; elles se trouvaient encore libres chez les autres. Chez tous, il y avait au cerveau et au rachis une injection très forte des méninges et de la pulpe cérébrale; chez tous, enfin, le tube intestinal contenait du sang que l'on trouvait plus ou moins altéré, rouge pâle, rouge foncé, noirâtre, exsudé, en nappe sur la muqueuse ou accumulé en grumeaux ou en caillots dans diverses parties du tube digestif.

Billard rapporte assez justement ces évacuations sanglantes à l'état de congestion normale de l'intestin des nouveau-nés, lorsque par hasard cet état vient à être aggravé par un obstacle à l'établissement de la circulation, tel que l'état apoplectique, le volume exagéré du foie, de la rate, etc. Seulement, Billard me paraît s'être égaré en considérant ces hémorrhagies comme un accident très grave, presque nécessairement suivi de mort. Il n'en est pas toujours ainsi. M. Rahn-Escher a publié plusieurs exemples de guérison, dont l'un surtout est fort intéressant, car il y eut à la fois vomissements et déjections sanguines abondantes chez un enfant qui, au quatorzième jour, était complétement rétabli. Quant aux faits publiés par M. Rilliet, leur importance m'oblige à les reproduire, et l'on y trouvera plusieurs particularités dignes de fixer l'attention. M. Rilliet n'a vu qu'une fois l'hémorrhagie intestinale chez le nouveau-né, et dans cette circonstance, c'était chez deux jumeaux, qui ont été très malades, et qui tous deux ont été parfaitement guéris.

Voici ces faits, racontés par l'auteur lui-même.

Observation Ire.—Le 30 janvier 1846, je fus appelé, à une heure de l'après-midi, pour voir un enfant nouveau-né qui, me disait-on, était dans le plus grand danger. Je recueillis les renseignements suivants de la bouche de la garde; ils me furent plus tard confirmés par M. le docteur Maunoir.

Ce petit garçon, né la veille, à quatre heures du matin, était un jumeau. L'accouchement n'avait pas été très difficile; *cependant M. Maunoir avait dû employer le forceps.* Les placentas étaient séparés, les eaux de l'amnios peu abondantes. Le cordon n'offrait rien de remarquable; il fut lié de la manière et dans le temps ordinaires. L'enfant était à terme, pas très gros, mais bien proportionné, bien vivant, criant avec force, et non pléthorique.

Toutes les fonctions paraissaient à l'état normal. Le méconium avait été expulsé quelques heures après l'accouchement, à la suite d'une demi-cuillerée à café d'huile de ricin. L'enfant avait ensuite pris quelque repos, puis il avait teté avec avidité; rien, en un mot, ne pouvait faire supposer un accident quelconque, lorsque la garde s'aperçut, en changeant son linge, qu'un reste de méconium était mélangé avec une certaine quantité de sang. Deux heures après, l'enfant rendait une deuxième selle abondante de sang pur, liquide et mêlé de caillots; à une heure de l'après-midi, une troisième selle de sang, riche en couleur : c'est alors que je fus appelé.

Lorsque j'examinai le petit malade, je le trouvai d'une pâleur mortelle. La garde me dit qu'il avait *prodigieusement changé.* Son pouls était imperceptible, ses jambes et ses bras froids; ses yeux étaient habituellement fermés, ainsi que sa bouche. Il ne pouvait ni ne voulait rien avaler; cependant la motilité était conservée, ainsi que le cri. Le ventre était assez souple, non tuméfié; la pression ne paraissait pas douloureuse; il n'y avait ni vomissements ni renvois. La bouche, examinée après l'abaissement forcé de la mâ-

choire, n'offrait aucune lésion ; il n'y avait pas de symptômes nerveux. Je fis appliquer sur le ventre des compresses trempées dans du vinaigre froid, tandis que les extrémités étaient enveloppées dans des flanelles chaudes ; je prescrivis deux lavements avec une solution de 12 grains d'extrait de ratanhia. Ils furent presque immédiatement rendus, accompagnés d'une assez grande quantité de sang.

A quatre heures de l'après-midi, l'enfant est dans le même état; je le vois avec M. le docteur Maunoir, et nous prescrivons l'application sur le ventre de compresses trempées dans une forte décoction de ratanhia (2 onces pour une livre) et des lavements avec 12 grains d'extrait. Ils sont, comme les précédents, presque aussitôt rejetés et suivis d'une abondante hémorrhagie de sang liquide et coagulé. La sixième selle sanguine a lieu à six heures du soir; on se contente alors d'appliquer les compresses. Le pouls s'est un peu relevé (120); l'enfant a un léger tremblement de mains et une oscillation des globes oculaires, mais pas de convulsions proprement dites. Le ventre n'est pas ballonné.

De dix heures du soir au 31 au matin, on lui fait prendre de huit à dix cuillerées de lait froid, qui passe bien. A huit heures du matin, on le met au sein ; il saisit facilement le mamelon et à plusieurs reprises; le pouls est régulier et bien senti. A midi, deux selles peu abondantes, verdâtres, digérées, ne contenant ni sang, ni caséum. A une heure, le facies est bon, pas très pâle; le pouls bien senti, à 104 ; il tette facilement et avidement. Le tremblement des bras et l'oscillation des yeux ont disparu, mais l'amaigrissement est considérable et les chairs très flasques.

Le 8 février, à huit heures du matin, il rend deux selles jaunâtres; pendant la nuit, il avait teté à plusieurs reprises pendant deux ou trois minutes. Le pouls est petit, mais les cris sont énergiques et les mouvements annoncent de la vie. La figure est amoindrie ; elle a cette teinte jaune ca-

ractéristique des hémorrhagies. Le ventre ne présente d'autres symptômes qu'une matité de trois travers de doigt dans l'hypochondre gauche, sans que l'on sente la rate déborder les côtes.

Ce jour-là, sa guérison pouvait être considérée comme assurée, et en effet elle s'est soutenue. L'enfant a rapidement prospéré, les fonctions digestives s'exécutant normalement; mais la pâleur a persisté pendant assez longtemps. A l'âge de six semaines, on l'a vacciné; et la peau, bien qu'à peine écorchée par la lancette, a fourni une assez grande quantité de sang. Aujourd'hui, il est dans l'état de santé le plus florissant.

Aucune cause appréciable externe ou interne, héréditaire ou acquise, antérieure, concomitante ou postérieure à la parturition, n'a pu rendre compte de l'invasion de la maladie.

Observation IIe.— Le premier enfant était encore dans un état alarmant, lorsqu'à six heures du soir on vint me chercher en toute hâte pour le second, qui vomissait du sang, et qui, immédiatement après, avait rendu plusieurs selles de sang liquide, mélangées de caillots couleur de raisiné, couvrant les langes, et assez abondantes pour que j'en aie pu remplir mes deux mains. Je lui fis donner des lavements de ratanhia; mais ils amenèrent, comme chez son frère, des selles sanguines abondantes.

Aussi je me contentai d'appliquer sur le ventre des compresses froides trempées dans une décoction de ratanhia, et d'envelopper les extrémités dans des flanelles imbibées d'une infusion aromatique chaude. Mêmes symptômes généraux que dans le premier cas: pâleur, refroidissement, petitesse du pouls, tremblement des membres et du tronc, oscillation des yeux; pas de développement du ventre. Les évacuations sanguines se répètent dans la nuit, mais en diminuant d'abondance. Il y en a eu encore le 31, à onze heures du matin, en quantité peu abon-

dante : c'est un mélange de sang et de méconium. A une heure, il est plus mal que son frère ; le pouls est moins relevé (121), l'assoupissement plus marqué ; il tette moins bien (c'est le matin seulement qu'il a commencé à avaler quelques cuillerées de lait). Il est aussi considérablement amaigri.

1er février, neuf heures du matin. Depuis hier, à une heure, encore deux petites selles de sang, la dernière entre cinq et six heures du matin. Il n'a pas eu encore d'évacuations normales ; il a pris le sein à plusieurs reprises et avec assez force, et, ce matin en particulier, en ma présence. Le pouls bat 120 ; il y a de la chaleur partout ; rien de particulier dans les autres fonctions. Dans la journée, il commence à avoir des selles jaunes qui continuent le lendemain ; il prend très souvent le sein et avec avidité.

Le 2 février. Pouls à 104. Le petit malade a déjà repris une meilleure apparence ; le visage est moins maigre ; bonne chaleur.

La guérison est aussi prompte et aussi complète que celle de son frère.

Cette double observation est unique dans la science. Elle ramène forcément l'esprit en arrière sur les idées philosophiques d'une époque médicale qui n'est plus. Elle nous rappelle qu'il fut un moment où les puissances de l'organisme étaient considérées comme dominant les accidents de sa substance, et qu'ici on n'eût pas manqué d'attribuer l'hémorrhagie de chacun des jumeaux au même trouble dans le principe de leur développement similaire, si physiquement appréciable. On eût alors rangé ce fait, comme le veut M. Rilliet lui-même, parmi ceux où, déjà chez des jumeaux, on a vu, dit-on, la maladie, développée sur l'un, paraître également chez l'autre. Cependant, quoi que pense M. Rilliet, il y a une autre manière de se rendre compte du phénomène, un peu plus simple, mais également plausible : c'est celle que j'adopte. Je crois que dans

ce cas de grossesse gémellaire, terminée par un accouchement assez difficile, *à l'aide du forceps*, il y a eu chez ces enfants obstacle réciproque à la circulation dans l'intérieur de l'utérus, pression générale et prolongée au moment des tractions du forceps, circonstances toutes semblables à celles déjà connues, dans lesquelles, comme l'a indiqué Billard, se produisent la congestion passive de l'intestin et la transsudation du sang dans l'intérieur de ce viscère.

Troisième variété. — En dehors des circonstances toutes spéciales que je viens d'indiquer, et qui expliquent la nature de certaines hémorrhagies intestinales chez de jeunes enfants, il en est d'autres jusqu'à présent peu connues qui peuvent conduire au même résultat. Bien qu'elles n'aient pas encore été signalées dans le premier âge, leur influence à une époque plus avancée de la vie n'en est pas moins très positive. Ainsi, on sait que les ulcérations typhoïdes, les ulcérations tuberculeuses, les désordres anatomiques de l'entérite, la perforation d'une artériole par un lombric peuvent occasionner l'hémorrhagie intestinale, mais, je le répète, l'intervention de ces diverses causes n'a jamais été constatée chez des enfants du premier âge. J'ai eu l'occasion d'étudier cette influence, en ce qui concerne la phlegmasie aiguë et chronique de l'intestin, et je range provisoirement ces faits dans une catégorie particulière, en attendant que d'autres faits analogues viennent consacrer son existence d'une manière définitive.

Ma première observation offre à considérer :

1° Le fait d'une hémorrhagie intestinale abondante, d'un flux de sang liquide, chez une enfant de quatre mois.

2° La présence d'une phlegmasie aiguë de l'intestin comme cause de cette hémorrhagie.

3° Le fait de vomissements noirs à un âge où il est si rare de les observer.

4° Enfin, la guérison de la maladie dans des circon-

stances qui ne permettaient guère d'espérer cet heureux résultat.

Voici le fait dans ses détails.

Il s'agit d'une fille de quatre mois, grasse, fraîche et bien développée, nourrie par sa mère, qui se croyait enceinte et qui attribuait aux modifications inconnues de son lait les accidents éprouvés par son enfant.

Cette petite fille continuait de teter, lorsque subitement elle parut inquiète, agitée, et qu'elle fut prise de diarrhée verte, mélangée de grumeaux jaunâtres.

Au bout de deux jours de maladie, l'enfant rendit un peu de sang pur par le rectum. Les selles, très fréquentes, tachaient à chaque fois les couches dans une étendue approximative de cinq centimètres carrés. Des mucosités opalines étaient quelquefois mêlées à ce sang.

Le ventre, à peu près indolent, était ballonné; la langue blanche, picotée de rouge; il n'y avait pas de vomissements; la réaction fébrile était presque nulle et l'extérieur de l'enfant n'indiquait pas un état morbide grave.

Je prescrivis de l'eau de riz gommée, des applications froides sur le ventre et des quarts de lavement d'amidon presque froids.

Le jour suivant, des vomissements peu abondants de matières noirâtres, semblables à de la terre suspendue dans des mucosités filantes, se reproduisent trois fois.

Au cinquième jour, la face était amaigrie, les traits altérés; la peau ternie, mate, jaunâtre; les yeux profondément excavés et flottant incertains dans l'espace; les lèvres sèches, couvertes d'un enduit brunâtre, desséché; la bouche béante, la langue blanche un peu sèche; la peau refroidie, adhérente au tissu cellulaire endurci, et le corps dans la résolution la plus complète.

Les vomissements noirs avaient continué, et au lieu de sang pur, des matières noirâtres s'échappaient de l'anus.

Je fis continuer les lavements froids, et ordonnai d'appliquer un vésicatoire à l'épigastre.

Au sixième jour, des convulsions générales vinrent compliquer cet état déjà si grave. La face, les membres et le tronc étaient agités de mouvements convulsifs mêlés de cris aigus. Ces convulsions étaient surtout apparentes dans les yeux, aux doigts et aux orteils.

La respiration était irrégulière, presque insensible et de temps à autre mêlée d'une inspiration grande, profonde, et complémentaire des inspirations précédentes. Le pouls était à 120.

Il y avait encore eu des vomissements et des évacuations alvines de matières noirâtres.

Je fis appliquer un second vésicatoire au-dessus du premier. On continua les applications froides sur le ventre et les lavements froids.

Au huitième jour, les convulsions avaient cessé, ainsi que les évacuations de matières noires. Plus de vomissements. Diarrhée de matières jaunes.

La face prit un meilleur aspect, les yeux semblèrent suivre de nouveau les objets extérieurs. La peau redevint chaude, elle était moins dure au toucher sur les membres; le pouls était à 112 par minute.

Les jours suivants, l'amélioration continua, la diarrhée disparut; et, au douzième jour, la guérison me parut assez certaine pour permettre l'usage des aliments. On donna à boire de l'eau de son pure, puis mêlée à du lait, tout en utilisant les lavements amidonnés et les applications émollientes sur le ventre.

L'enfant a guéri.

En résumé, c'est à la suite d'une diarrhée de deux jours, accompagnée de coliques, que l'hémorrhagie s'est manifestée.

Pendant quarante-huit heures, du sang pur est sorti de l'intestin.

Au bout de ce temps, l'hémorrhagie s'est arrêtée. Le sang contenu dans le tube digestif, soumis à l'action de la chaleur et des agents chimiques de l'intestin, s'est converti en une matière noire où l'on retrouvait encore au microscope quelques globules de sang framboisés; une partie a été rejetée par les vomissements et l'autre partie par les selles, au milieu d'un état général des plus graves qui devait laisser peu d'espoir et qui a fini par se dissiper d'une manière fort inattendue.

Après le fait de l'hémorrhagie, chez cette enfant, la chose capitale, c'est la guérison. Qu'il faille en faire honneur au peu d'étendue des altérations anatomiques de l'intestin, ou au contraire à l'influence des agents thérapeutiques mis en usage, peu importe; mais ce qu'il ne faut pas oublier, c'est que la guérison s'est maintenue et que depuis lors l'enfant a vécu en très bonne santé.

L'autre observation est relative à une fille de neuf mois, malade depuis longtemps, affectée d'entérite chronique simple. Dans les trois derniers jours de son existence, cette enfant rejeta par les selles des matières noires semblables à de la terre mêlée à du blanc d'œuf; et, çà et là, on voyait quelques stries formées de sang pur. La mort survint au milieu des convulsions.

Ainsi, nous voyons qu'il existe déjà chez les nouveau-nés et chez les enfants à la mamelle, plusieurs variétés d'hémorrhagies intestinales, que l'on peut rapporter: soit à la constitution morbide accidentelle des enfants, comme dans le pourpre, quelle que soit d'ailleurs l'idée qu'on veuille se faire de la nature de cette maladie; soit à un accident, comme à la compression du cordon ou du fœtus entier dans le travail de l'accouchement; soit enfin au travail ulcérateur des phlegmasies aiguës ou chroniques de l'intestin, aux polypes du rectum, et à des fissures anales, comme l'a observé M. Trousseau.

Tout le sang qui sort des vaisseaux ne s'écoule malheu-

reusement pas hors de l'intestin; il peut y séjourner, s'y accumuler, ce qui rend fort périlleuse la situation des malades. C'est ce qu'on observe souvent dans l'hémorrhagie intestinale des nouveaux-nés : aussi la mort est-elle ordinairement, mais non toujours, comme l'a dit Billard, la conséquence de cet accident.

Le sang peut sortir de l'intestin par le rectum, ou par la bouche, s'il est chassé par des efforts de vomissements. Le fait, quoique rare, a cependant été observé, et il s'explique naturellement par le siége de l'hémorrhagie dans l'estomac ou dans la partie supérieure du canal alimentaire.

Le sang expulsé par les selles ne conserve sa couleur rouge, vermeille, que s'il est rejeté au moment ou peu après la sortie des vaisseaux; mais s'il séjourne dans l'intestin, il se corrompt et s'altère ; il subit un commencement d'élaboration, il se digère en quelque sorte, et pour peu qu'il vienne des parties supérieures du tube digestif, il est rendu noir, quelquefois encore reconnaissable, mais le plus souvent transformé en matière noirâtre semblable à de la terre délayée dans de l'albumine et où l'on retrouve avec le microscope quelques globules sanguins altérés.

Il serait difficile, dans l'état actuel de la science, d'indiquer les moyens de reconnaître le siége précis d'une hémorrhagie intestinale. La difficulté est, à cet égard, la même chez l'enfant que chez l'adulte, et tous les efforts tentés jusqu'à présent pour arriver à un bon résultat sont restés inutiles.

Les hémorrhagies des nouveaux-nés, dues à la congestion passive de l'intestin, sont en général très abondantes, et le sang sort de l'intestin à l'état liquide et avec sa couleur noire. L'écoulement est moindre dans les cas d'hémorrhagie que nous avons rapportés au pourpre. Il a été considérable, au contraire, dans l'hémorrhagie que nous avons vue coïncider avec une entérite aiguë. Le sang avait

alors des caractères particuliers qui sont peut-être spéciaux à cette variété d'hémorrhagie; c'est ce que l'observation ultérieure pourra décider. Le sang était rouge et vermeil, au lieu d'être noir comme dans les variétés précédentes; il tachait assez largement et assez abondamment le linge. Ce qui peut faire croire que dans ce cas l'hémorrhagie a été forte, c'est que, plusieurs jours après la cessation, l'enfant rendait encore des matières noirâtres, formées de sang à demi digéré.

Les dangers qui résultent de ces hémorrhagies chez les jeunes enfants sont faciles à prévoir. La nature des causes déterminantes ajoute encore à la gravité de l'accident. Il est d'autant plus grave, que les enfants sont moins avancés en âge. Cependant la guérison est possible; mais, comme nous l'avons dit, elle est fort rare, et l'on ne saurait employer trop de soins pour l'obtenir.

Les indications thérapeutiques reposent sur la connaissance exacte de la nature même des causes de l'hémorrhagie. Chaque variété exige l'emploi de moyens spéciaux et opposés. Ainsi, le traitement de l'hémorrhagie intestinale du *purpura* est entièrement opposé au traitement de l'hémorrhagie causée par une *phlegmasie aiguë*, ou par un polype du rectum. Dans le premier cas, il faut agir au moyen des toniques; et, dans le second, c'est aux antiphlogistiques ou au chirurgien qu'il faudra recourir. Il en est de même pour toute autre cause qu'on pourrait invoquer.

Les hémorrhagies qui se rattachent au *purpura* doivent être combattues *directement* par les astringents et les hémostatiques; *indirectement*, par les remèdes généraux, toniques, tels que l'eau rougie sucrée, le sirop de gentiane, le sirop antiscorbutique, le sirop de quinquina, à la dose de deux cuillerées à bouche dans les vingt-quatre heures; la *quinine brute* à la dose de 20 centigrammes par jour dans du sirop de sucre.

Les hémorrhagies causées par la congestion passive de

l'intestin au moment de la naissance réclament un traitement un peu différent. Les hémostatiques, dont je vais parler tout à l'heure, trouvent ici leur application comme dans le cas précédent, mais c'est le traitement général qui n'est plus le même. Lorsque l'enfant est pléthorique, et que tous les tissus paraissent gorgés de sang : si c'est au moment de la naissance qu'a lieu l'hémorrhagie, il faut laisser couler le cordon avant d'en faire la ligature; plus tard, quand on ne peut plus agir par le cordon, il faut mettre une sangsue à l'anus, ou deux par exception, si la première n'a pas produit de dégorgement; car, à cet âge, deux sangsues qui coulent abondamment peuvent produire un mal irréparable. Lorsque l'enfant n'a aucun signe extérieur de pléthore et n'a rien de l'état dit apoplectique, il faut bien se garder des émissions sanguines, qui ne sont plus motivées et qui n'auraient d'autre résultat que d'ajouter, à la faiblesse produite par l'hémorrhagie intestinale, celle qu'elles occasionnent habituellement par elles-mêmes.

Dans l'hémorrhagie causée par la phlegmasie aiguë ou chronique de l'intestin, on ne peut guère songer à l'usage des sangsues. Ces phlegmasies constituent presque toujours des maladies adynamiques; et, si l'hémorrhagie se présente dans leur cours, c'est à une période avancée, à la période d'ulcération, lorsque la faiblesse est extrême, et où, par conséquent, les antiphlogistiques sont rarement indiqués. C'est à l'aide des astringents, acides ou styptiques, qu'il faut les combattre : médicaments qui trouvent aussi leur application dans les autres variétés d'hémorrhagie précédemment décrites. Ce sont les *moyens hémostatiques* proprement dits.

A ce titre, on peut donc employer, dans les diverses espèces d'hémorrhagie intestinale des petits enfants, l'eau froide à l'extérieur du ventre, à l'intérieur par la bouche, ou en lavements fréquemment répétés. Ces lavemens

doivent être composés de deux ou trois grandes cuillerées à bouche seulement. On peut les rendre plus actifs avec 20 centigrammes de tannin, ou avec 50 centigrammes d'extrait de ratanhia, ou 50 centigrammes de cachou, ou enfin avec 5 centigrammes de nitrate d'argent. Alors, dans ce dernier cas, il faut employer une petite seringue de verre et de l'eau distillée afin d'éviter la décomposition prématurée du médicament.

L'extrait de ratanhia, de cachou, le tannin, l'acétate de plomb peuvent être donnés à l'intérieur, mais avec de grands scrupules, à très faible dose, eu égard à l'âge tendre des enfants, et aussi sans perdre de vue la cause de l'hémorrhagie, qui doit en quelques circonstances empêcher leur emploi. Il faut s'abstenir de leur usage dans l'hémorrhagie intestinale passive avec état apoplectique. Ils peuvent être employés, au contraire, dans presque toute autre occasion, à la dose de 5 centigrammes par 60 grammes de véhicule pour le ratanhia, le cachou et le tannin, et d'un centigramme pour l'acétate de plomb.

Quant aux polypes du rectum, il faut les faire sortir à l'aide d'un lavement, d'un purgatif ou d'une érigne, puis jeter une ligature autour du pédicule et faire l'excision au delà, d'après les règles indiquées dans les traités de chirurgie.

COMMUNICATION

FAITE A LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

SUR QUELQUES POINTS

DE

L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE LA PNEUMONIE

PAR M. E. DE BARTHEZ.

MESSIEURS,

Dans une des séances précédentes, il s'est élevé entre MM. Bouchut et Legendre une discussion à propos d'un point particulier de l'anatomie pathologique de la pneumonie. M. Legendre avançait que dans l'hépatisation les vésicules pulmonaires sont dans un état tel que l'air ne peut plus y pénétrer, et que le poumon ainsi malade résiste à une insufflation énergique et répétée.

M. Bouchut soutenait une opinion contraire, et disait qu'une insufflation convenablement pratiquée fait pénétrer l'air dans les vésicules des poumons hépatisés, sinon toujours, au moins dans bon nombre de cas.

La Société pensa qu'il s'agissait là d'un fait matériel et qu'il fallait le constater avant toute discussion.

En conséquence, une commission de cinq membres fut nommée et j'eus l'honneur d'en faire partie. Mais la difficulté de réunir cinq personnes à des heures et des jours qui ne pouvaient pas être déterminés d'avance a empêché, jusqu'à ce jour, la commission de se réunir.

Désireux d'approfondir cette question qui touchait aux premiers travaux que M. Rilliet et moi avions faits sur la pneumonie, j'ai entrepris une série de recherches sur ce sujet, et je viens vous soumettre une partie des résultats auxquels je suis arrivé.

J'ai employé trois moyens d'étude :

L'injection à la gélatine,
L'injection d'eau,
L'injection de l'air.

L'injection à la gélatine.

Mes travaux à cet égard remontent à 1839.

Ils ont été faits en commun avec M. Rilliet.

Nous les avions entrepris dans un autre but que l'étude de la pneumonie (1).

C'est par hasard seulement que quelques observations se sont trouvées être applicables à cette maladie.

Nous n'en avons pas fait usage alors, parce qu'elles ne nous donnaient pas un résultat assez complet, ni assez souvent répété.

Quatre fois seulement l'injection gélatineuse a été faite dans des cas de pneumonie. Voici un extrait de la partie de ces observations utile au sujet en question.

1° Garçon de trois ans. Tuberculisation générale aiguë. Le poumon droit est parsemé d'un grand nombre de granulations grises demi-transparentes, répandues partout et isolées les unes des autres. En outre on voit sur la surface quelques noyaux de pneumonie lobulaire, isolés, peu nombreux, peu volumineux.

Une injection est poussée : 1° dans les bronches : elle est colorée en jaune ; 2° dans les artères : elle est colorée

(1) Il est indispensable de bien établir la valeur des mots pour comprendre les résultats anatomiques que je vais énoncer. Le mot *hépatisation* sera l'équivalent de ces mots : second et troisième degré de l'inflammation du poumon, tels qu'ils ont été décrits par Laënnec. *Congestion* signifiera fluxion sanguine avec affaissement particulier des vésicules pulmonaires, état anatomo-pathologique que j'ai confondu pendant longtemps avec l'hépatisation, comme le faisaient la plupart des médecins. J'emploierai le mot *pneumonie* pour indiquer les cas dans lesquels cette distinction n'a pas été faite, et qui sont, en conséquence, soit de l'hépatisation, soit de la congestion.

en rouge; 3° dans les veines : elle est colorée en bleu.

L'injection bronchique pénètre avec facilité dans tout le poumon, le distend considérablement. Les points de pneumonie eux-mêmes sont pénétrés, quoique moins abondamment que les tissus sains. Lorsqu'on déchire ceux-ci, on obtient une surface granulée, jaune, dont les petits grains, arrondis, un peu plus volumineux qu'un acarus, sont pressés par myriades les uns sur les autres et peuvent être facilement enlevés et isolés avec la pointe du scalpel.

C'est surtout sur ce dernier point que j'appelle l'attention. L'injection des parties saines nous a toujours, autant que je me le rappelle, fourni ce résultat; il démontre la forme et le volume des vésicules pulmonaires distendues.

Je reviendrai bientôt sur la pénétration des noyaux pneumoniques.

2° Garçon de deux ans. Pendant vingt et un jours, nous avions perçu du côté droit de la poitrine, à son milieu seulement, aux environs de l'angle de l'omoplate, de la respiration, ou de l'expiration bronchique, avec diminution de sonorité, et retentissement du cri. Râles humides très variables dans ce point et dans le reste du poumon.

A l'autopsie, le poumon droit est aéré dans toutes ses parties, excepté dans tout le lobe moyen. Cette partie, de couleur violette, est flasque et déprimée. Des lignes blanches, brisées, disposées en losanges dessinent les lobules. Quelques rares tubercules sont disséminés dans ce lobe.

Une double injection est poussée dans tout le poumon: jaune dans les bronches, bleue dans les artères.

Les deux injections ont pénétré partout, même dans les portions flasques et violettes, qui alors, de déprimées qu'elles étaient, sont revenues au niveau des parties voisines. Cependant l'injection paraît moins abondante dans la portion malade que dans celles qui étaient tout à fait

saines. Quelques lobules en très petit nombre n'ont pas été du tout pénétrés, et là on peut reconnaître les caractères de la carnification; c'est-à-dire que le tissu est lisse à la coupe, sec, résistant sous le doigt, plus lourd que l'eau, etc.

Le tissu que nous décrivions alors sous le nom de *carnification* a, depuis, été appelé *état fœtal* par M. Legendre.

3° Garçon âgé de deux ans et demi. Cet enfant a succombé à une pneumonie lobulaire double. L'injection bronchique a été faite dans les deux poumons, elle a pénétré la plus grande partie des portions malades; mais la description est assez incomplète pour que je ne veuille pas en tirer d'autre conséquence que celle-ci : ce fait est probablement un exemple de la lésion que MM. Legendre et Bailly ont distingué de l'hépatisation sous le nom de *congestion*. Je pense ainsi, parce que je trouve dans mes notes que les portions pénétrées par l'injection sont granuleuses, tandis que les portions qu'elle a respectées sont lisses à la coupe et à la déchirure.

4° Garçon de trois ans. Tuberculisation thoracique étendue. Les lobes supérieur et moyen sont souples, rosés, crépitants, etc. Le lobe inférieur est plus foncé, surtout dans sa partie antérieure, qui est lourde, gonflée, saillante dans une étendue de deux pouces et demi de haut sur deux pouces de large environ.

L'injection poussée dans les bronches distend complétement les deux lobes supérieurs, au point de disséquer les lobules qui semblent s'écarter les uns des autres.

Le lobe inférieur a été pénétré aussi par l'injection, sauf la partie antérieure et inférieure à laquelle correspond un tissu rouge, friable, précipitant au fond de l'eau et finement granulé soit à la coupe, soit à la déchirure. Au milieu de ce tissu on trouve disséminés un assez grand nombre de tubercules miliaires.

Dans ce cas donc, l'hépatisation n'a pas été modifiée par une injection gélatineuse poussée dans les bronches.

De ces quatre autopsies je pourrais conclure : 1° Que l'injection gélatineuse démontre la forme et le volume des vésicules pulmonaires (1re observation) ;

2° Que le liquide injecté transsude à travers les parois des vésicules, si elle est fortement poussée, et dissèque les lobules (4e observation) ;

3° Que ce même liquide distend la carnification, ou état fœtal, et la ramène à l'état naturel (2e observation);

4° Qu'il pénètre certaine forme de la pneumonie lobulaire (1re et 3e observation) ;

5° Qu'il ne modifie aucunement certaines autres formes (4e observation).

Mais ces faits, qui remontent à 1839, sont trop peu nombreux pour que je veuille en tirer des conclusions générales. Ils viennent seulement à l'appui de recherches ultérieures.

L'injection d'eau.

Ce moyen m'a été indiqué par M. Natalis Guillot, qui l'emploie souvent. Je n'ai pas eu en réalité l'occasion d'en faire l'usage que j'aurais voulu.

Il consiste à laisser tomber de l'eau dans les bronches au moyen d'un entonnoir.

L'eau pénètre par son propre poids et bientôt remplit et distend le poumon, comme elle ferait d'une vessie. Immédiatement aussi, et avec la plus grande facilité, l'eau transsude à travers les parois bronchiques et vésiculaires, s'épanche dans le tissu cellulaire interlobulaire et dissèque les lobules.

Cet effet, analogue à celui que je viens de citer à propos de l'injection de gélatine, est plus facile et plus prononcé.

Je ne me rappelle pas si la plèvre a été traversée par le

liquide : mais je ne serais pas étonné qu'avec une impulsion plus vigoureuse, la chose puisse avoir lieu.

Les recherches que j'ai faites par ce moyen et les résultats obtenus sont trop peu nombreux pour que je vous en entretienne davantage.

Insufflation.

Un tube quelconque, comme serait une sonde de femme, peut servir à pousser l'air dans les poumons.

Il est préférable cependant que le tube soit compressible, afin que, pressé entre les doigts, il empêche la sortie de l'air insufflé et permette ainsi de revenir plusieurs fois à l'insufflation.

Je me suis servi d'un tube employé par M. Legendre. Cet instrument, muni d'un robinet, permet d'insuffler aussi souvent et aussi vigoureusement qu'il est désirable. Au moyen d'un ajutage porté par un tuyau de caoutchouc, on peut insuffler les poumons des plus petits enfants.

Pour être bien faite, l'insufflation exige une impulsion graduelle et peu violente.

Il est rare qu'une seule impulsion suffise pour insuffler le poumon entier sain, et à plus forte raison s'il est malade. Il faut donc s'y reprendre à plusieurs fois.

Lorsque le poumon malade appartient à un jeune sujet, l'impulsion violente, rapide, a l'inconvénient fréquent de rompre la plèvre en un point quelconque et d'empêcher l'insufflation complète.

L'air ainsi poussé pénètre le poumon et le distend d'une manière considérable. La distension a lieu en général dans le lobe supérieur d'abord (je suppose l'insufflation faite par la trachée dans les deux poumons); puis dans la partie postérieure du lobe inférieur, dans ses bords; enfin le centre de l'organe est la partie qui est pénétrée la dernière.

Je juge qu'il en est ainsi, parce que dans des cas où j'avais cru tout le poumon insufflé, j'ai trouvé que le centre n'avait pas été pénétré par l'air.

Et aussi parce que cela est ainsi chez les plus jeunes sujets. Chez eux, en effet, l'insufflation complète est difficile : les organes sont tellement mous et peu résistants, que presque toujours la plèvre se décolle et crève avant que l'insufflation soit parfaite ; c'est alors le centre qui n'a pas été pénétré par l'air.

Le poumon étant distendu, on voit facilement les vésicules pulmonaires dilatées et qui avant l'opération étaient à peine visibles. Mais un fait remarquable, c'est que quelque forte que soit la distension, on n'arrive pas à déterminer un épanchement d'air dans le tissu cellulaire intervésiculaire, on n'arrive pas à faire de l'emphysème interlobulaire, ni à disséquer les vésicules.

Il arrive quelquefois que la plèvre se détache en masse sur une partie du poumon et forme une vaste ampoule aérienne ; mais dans ce cas même les lobules pulmonaires ne sont pas séparés les uns des autres, et il n'existe pas un véritable emphysème interlobulaire.

Bien plus, si avant l'insufflation, cet emphysème existe, l'introduction de l'air dans les bronches n'a aucune action sur les tumeurs gazeuses.

Ainsi, la membrane qui ferme les vésicules aériennes, d'une part laisse passer l'eau et même la gélatine avec une telle facilité, qu'on croirait qu'elle est percée d'ouvertures ou même qu'elle n'existe pas, et d'autre part cette même membrane si ténue oppose un obstacle invincible au passage de l'air.

Le poumon insufflé perd sa couleur, quelque foncée qu'elle soit, et devient presque partout d'un rose tendre, quelquefois presque blanc : cette coloration rose se répand partout, même dans des parties que l'air n'a pas pénétrées, pourvu que ces parties n'aient pas un volume

très considérable. J'en trouve la preuve dans ce fait, que des portions de poumon de couleur violacée et plus lourdes que l'eau sont devenues rosées ou rouge clair tout en restant plus lourdes que l'eau; ce qui veut dire que l'air ne les avait pas complétement distendues, ni ramenées comme d'autres voisines à l'état normal.

Ce changement de couleur me paraît dépendre de trois causes :

1° L'augmentation de volume éprouvée par le poumon distend les petits vaisseaux et fait qu'une même quantité de sang occupe une plus grande surface.

2° Une certaine quantité du sang s'échappe pendant l'insufflation des gros vaisseaux ouverts. On s'en assure facilement par la vue, et aussi en faisant l'insufflation pendant que le poumon est sous l'eau; on voit celui-ci se colorer au fur et à mesure que l'insufflation est portée plus loin.

Cela est si vrai, que si l'on fait l'insufflation en conservant les rapports du cœur et du poumon, elle est moins facilement complète, et les vaisseaux restent gorgés de plus de sang que lorsque l'on a fait préalablement l'ablation du cœur.

3° Enfin le sang qui congestionne le poumon est presque exclusivement du sang veineux, qui rougit au contact de l'air. L'introduction de l'air dans les poumons a pour effet de produire dans toutes les parties de l'organe et dans les plus petits vaisseaux cette hématose artificielle, bien que l'air ne traverse pas en nature la muqueuse des vésicules.

Ainsi la décloration du poumon tient à ce que le sang occupe une plus grande surface, diminue en quantité, s'artérialise au contact de l'air.

L'insufflation est la manière d'étudier les poumons la plus commode et en même temps la meilleure des trois que j'ai employées.

C'était aussi celle dont je voulais spécialement connaître les résultats.

J'ai eu quelque peine à réunir un nombre de faits suffisants. J'ai pu faire quelques recherches à Necker et la Salpêtrière, lorsque j'étais chargé du service médical. M. Vigla a mis à ma disposition les poumons d'un homme qui avait succombé à une pneumonie. J'ai vu quelques faits à l'hôpital des Enfants malades, pendant que M. Bouley remplaçait M. Baudelocque ; je dois surtout des remercîments à M. Natalis Guillot dans le service duquel j'ai recueilli le plus grand nombre de mes observations. Enfin mon ami M. Rilliet m'a envoyé quatre observations prises à Genève. J'ai pu avoir ainsi des notes assez complètes sur l'examen des poumons malades de 33 personnes ainsi distribuées suivant l'âge :

Enfants de quelques jours.	8
Enfants d'un mois à un an	6
Enfants d'un an à quatre	13
Adultes	3
Vieillards	2
Age ignoré (enfant)	1

J'aurais voulu avoir une distribution plus égale suivant les âges, et par conséquent attendre d'autres faits ; mais je n'avais pas à ma disposition des ressources suffisantes.

Les lésions dont ces poumons offraient des exemples étaient toutes aiguës ou subaiguës et pouvaient à première vue appartenir à la pneumonie d'une manière générale ; dans toutes le tissu pulmonaire était devenu en partie *imperméable* à l'air et *plus lourd* que l'eau.

Mais un examen même superficiel démontrait que ces lésions étaient, anatomiquement parlant, de nature très différente, et que plusieurs pouvaient coïncider sur le même poumon.

Au point de vue de l'insufflation, il fallait les ranger en deux classes très distinctes :

1° Lésions résistant toujours et complétement à l'insufflation ;

2° Lésions que l'insufflation modifiait toujours et faisait disparaître en tout ou en partie.

Mais avant de dire quelles sont ces lésions, il faut que j'insiste sur un très léger détail qui a trait à la manière de s'assurer qu'une portion de poumon est bien réellement pénétrée par l'air.

Tout le monde sait que le poumon sain est plus léger que l'eau, et que tant qu'il surnage, on peut être certain qu'il y a de l'air dans les vésicules.

Or, dans l'état sain, quelque petite que soit la portion examinée, fût-elle grosse comme la moitié d'une tête d'épingle, elle surnage même après qu'on l'a très fortement pressée entre les doigts, ce genre de pression n'étant pas capable d'expulser l'air des vésicules.

La même chose exactement a lieu lorsque l'insufflation artificielle a réellement rempli d'air les vésicules pulmonaires.

Quelque petite que soit la partie revenue ainsi à l'état normal, elle surnage malgré la pression des doigts : c'est là une règle constante ; aussi, et cela se comprend très facilement, ne doit-on pas regarder comme revenue à l'état normal une portion de poumon, quelque petite qu'elle soit, qui, paraissant insufflée, ne surnage cependant pas.

Les lésions qui ont résisté complétement et toujours à l'insufflation sont : l'hépatisation lobaire ou partielle, et la carnification.

Cette dernière lésion est rare et peu connue. M. Legendre en a cité deux exemples ; j'en ai moi-même étudié deux, qui sont loin d'être identiques avec ceux de M. Legendre et qui cependant me paraissent en être un degré peu avancé. Cette altération pulmonaire a encore besoin d'étude. Vous me permettrez de ne pas insister sur elle.

Les lésions que l'insufflation modifie toujours, en tout ou en partie, sont :

1° La lésion décrite par M. Legendre sous le nom de congestion partielle ou généralisée ;

2° Une congestion toute spéciale qui, dans les faits dont cette communication est la conséquence, a été vue surtout chez les plus jeunes enfants atteints de sclérème.

Il faut y joindre la carnification, ou état fœtal ou affaissement simple du poumon, que je n'ai pas eu l'occasion d'insuffler.

Enfin il est une autre lésion qui a tenu le milieu pour ainsi dire entre les précédentes, en ce que dans quelques circonstances elle résista complétement à l'insufflation, tandis que d'autres fois elle disparut entièrement sous son influence.

C'est la lésion décrite sous le nom de *pneumonie vésiculaire*, qu'on a nommée aussi *bronchite vésiculaire*, *granulations purulentes*, *grains jaunes;* lésions que quelques personnes, dit-on, confondent encore avec les tubercules, et que d'autres ne distinguent pas d'une hépatisation au 3e degré.

Cette étude, que j'ai faite avec soin, m'a conduit à des résultats qui pour la plupart confirment les travaux de MM. Legendre et Bailly, et qui, sous d'autres rapports, me paraissent les rectifier ou les compléter.

Je n'ai pas l'intention de vous donner ici tous les détails, ni même la généralité des résultats : ce serait trop long et cela sortirait du point spécial qui a été mis en litige devant la Société.

Je me contente donc de quelques détails sur l'insufflation du tissu hépatisé et du tissu congestionné.

Congestion ici ne veut pas dire engouement ou premier degré de l'hépatisation. Je me sers de ce mot faute d'un meilleur.

Dans l'engouement, les vésicules pulmonaires contien-

nent encore de l'air; dans la congestion elles n'en contiennent plus.

La congestion et l'hépatisation ont été confondues.

Mais l'insufflation les distingue parfaitement; elle modifie toujours la première, ne détermine aucun changement dans la seconde.

Je dis plus. Quand l'attention a été suffisamment portée sur le sujet, et qu'on a examiné comparativement et avant l'insufflation ces deux altérations anatomiques; il est à peu près impossible de les confondre, et l'insufflation ne fait plus qu'apporter un complément de preuves.

Je dis comme M. Legendre, que l'hépatisation soit lobaire, soit partielle, n'est pas modifiée par l'insufflation de l'air.

J'ai insufflé trois cas d'hépatisation lobaire et huit cas d'hépatisation partielle.

Bien que les caractères de cette hépatisation me paraissent être un peu différents de ceux tellement tranchés donnés par M. Legendre, cependant je suis d'accord avec lui sur l'effet absolument nul de l'insufflation de l'air.

L'insufflation, quelle que soit la force avec laquelle on la pratique, et bien qu'on souffle à plusieurs reprises en empêchant la sortie de l'air déjà insufflé une ou plusieurs fois, ne détermine aucun changement dans les tissus hépatisés. Elle a pour seul effet de les isoler davantage en ramenant à l'état normal les parties engouées ou les parties congestionnées qui peuvent les environner, mais elle ne modifie nullement ni leur volume, ni leur couleur, ni aucun de leurs caractères.

Si par le fait de la distension qu'éprouvent les parties environnantes, le noyau primitivement saillant paraît à l'extérieur avoir diminué d'étendue et s'être déprimé au-dessous de la surface, cette modification apparente disparaît par la section des tissus qui rend aux parties saines leur volume normal, et aux tissus hépatisés toute la saillie

qui leur est propre. Il est des cas rares dans lesquels on peut croire, à un examen superficiel, que l'hépatisation a été insufflée. Ainsi lorsque l'insufflation est vigoureuse, on voit quelquefois le gonflement qui se fait autour des parties hépatisées se propager à leur surface. La moindre attention suffit pour démontrer que le gonflement ne se fait pas, comme dans les parties voisines, par la dilatation des vésicules, mais bien par le décollement de la plèvre qui se détache du tissu pulmonaire hépatisé. Il suffit d'une coupe pratiquée sur ce point pour retrouver tous les caractères de l'hépatisation.

Une fois il m'est arrivé de voir simuler bien plus complétement encore l'insufflation du tissu hépatisé. Voici le fait :

Il s'agit d'un enfant de dix mois qui succomba du quinzième au dix-huitième jour d'une broncho-pneumonie : je laisse de côté tout ce qui n'a pas rapport au sujet spécial qui m'occupe.

« Le long du bord inférieur du lobe moyen existe un noyau qui a le volume d'une très grosse noisette; il est saillant, dur sous le doigt, d'un rouge uniforme, et tapissé d'une fausse membrane; à l'extérieur il a tout à fait l'apparence d'un noyau d'hépatisation....

» L'insufflation, graduellement mais très fortement pratiquée jusqu'à rupture de la plèvre, distend considérablement le poumon dans presque toutes ses parties....

» Le noyau du lobe moyen résiste d'abord complétement, puis peu à peu la plèvre se soulève comme si elle se décollait....

» Une section pratiquée sur ce point fait voir un tissu ramolli et comme réduit en une bouillie rouge par places, tandis que d'autres portions restées solides ont évidemment l'apparence du tissu hépatisé. Ce tissu, très mou d'ailleurs, tient à peine après lui-même. Une légère pression en fait sortir quelques bulles d'air, et une petite portion mise dans

l'eau surnage. Il suffit cependant de la comprimer légèrement entre les doigts pour qu'elle précipite très rapidement au fond de l'eau ».

Je n'hésite pas à dire qu'il y a eu ici une hépatisation et une fausse apparence d'insufflation de ce tissu morbide. La différence entre cet état et celui d'un poumon insufflé était évidente à simple vue. L'hépatisation avait été brisée, pour ainsi dire, par une insufflation trop vigoureuse, et quelques bulles d'air étaient emprisonnées entre les débris à moitié disjoints du tissu. Mais les vésicules n'avaient nullement été pénétrées par l'air, ainsi que le démontrait la pesanteur spécifique redevenue supérieure à celle de l'eau après une compression légère entre les doigts.

Donc, sauf le cas où le tissu hépatisé a été désagrégé et brisé, il n'a subi aucune modification, et jamais les vésicules n'ont été pénétrées par l'air.

Congestion.

Il faut en distinguer plusieurs espèces : l'une qui a été décrite par MM. Legendre et Bailly ; l'autre que j'ai rencontrée chez les plus petits enfants atteints pour la plupart de sclérème.

J'ai 21 exemples (19 enfants, 2 vieillards) de la première de ces lésions, les unes partielles et disséminées, les autres généralisées. Je n'insiste pas sur les caractères extérieurs et je me borne à dire l'effet produit par l'insufflation.

L'air pénètre avec la plus grande facilité dans le tissu ainsi malade, le distend a peu près complétement, lui rend sa souplesse et sa couleur rouge clair. Les parties malades sont redevenues crépitantes, plus légères que l'eau ; la limite entre elles et les parties saines a disparu. Cependant en examinant avec soin le tissu ainsi revenu à un état en apparence normal, on trouve plus de friabilité, ou, si l'on veut, moins de résistance à la pression que dans l'état sain,

quelquefois aussi le doigt promené à la surface sent des points plus solides que les autres; l'œil y découvre alors une portion moins spongieuse que les voisines, et qui, sauf la couleur redevenue rosée, conserve la plupart des caractères qu'elle avait avant l'insufflation Cette partie isolée avec soin plonge au fond de l'eau.

Les choses sont encore plus tranchées lorsque la lésion occupe une grande surface. En général, toute la partie malade est modifiée; mais il arrive, surtout au centre et sur l'extrême limite du bord postérieur, que la couleur, au lieu d'être rosée, conserve une teinte rouge plus foncée, et à peu près constamment on trouve là des parties dans lesquelles l'air n'a pas pénétré les vésicules.

Il est une autre espèce de congestion que j'ai rencontrée huit fois et seulement chez des enfants très jeunes atteints de sclérème. Je n'ai pas complétement étudié ce sujet, accessoire à mes recherches principales. Aussi je n'en ai pas fait une description complète.

Je me contenterai de vous lire une autopsie qui pourra servir de description.

« Enfant âgé de quelques jours; le cordon, encore adhérent, est desséché à son point d'attache. L'enfant, atteint de sclérème, est mort après avoir eu une hémorrhagie par la bouche.

» Les membres, durs, de teinte généralement violette, donnent issue, après incision, à une sérosité jaunâtre assez abondante, qui est bientôt mêlée de sang noir liquide. Tous les organes sont gorgés d'un sang noir très liquide; nulle part il n'existe de caillots; le péricarde est couvert de petites ecchymoses.

» Les poumons, vus à l'extérieur, présentent tout le long de leur bord postérieur une couleur uniforme d'un rouge noir très foncé. Sur le bord antérieur et sur les parties latérales, ces parties noires forment des taches isolées. Les portions ainsi malades constituent à peu près la moitié

de la surface, et sont un peu plus étendues sur le poumon droit que sur le gauche.

» Le reste est d'un rouge terne assez clair.

» La séparation entre les deux couleurs rouge et noire se fait par lignes régulières brisées, qui forment une limite très distincte entre les lobules rouges et noirs.

» Ces lignes brisées, traces des divisions lobulaires, sont en outre très visibles sur toute la surface des parties rouges, elles ont disparu sur les surfaces noires.

» Les parties noires sont dures, gonflées, solides sous le doigt, non crépitantes ; les parties rouges sont molles, crépitantes, s'affaissent sous le doigt ; les unes et les autres sont au même niveau.

» Le poumon gauche, moins malade que le droit, étant incisé le long du bord postérieur, présente un tissu rouge noir, qui donne immédiatement issue à un sang noir liquide très abondant. L'écoulement est si abondant, qu'on dirait au premier abord que le tissu pulmonaire a disparu et qu'il y a là un vaste foyer apoplectique. Cependant en raclant légèrement, on trouve la trame entière, mais très molle. Il en est de même de toutes les autres parties noires, qui du reste ne sont nullement granuleuses et sont plus lourdes que l'eau.

» Le poumon droit, plus malade que le gauche à l'extérieur, est insufflé graduellement, mais avec persistance et jusqu'à rupture de la plèvre. Il est ainsi très distendu et a beaucoup augmenté de volume. En même temps il est devenu presque partout d'un rouge clair, sauf quelques lobules qui restent noirs et conservent leur même aspect. La coupe fait voir un tissu rouge clair comme la surface, très mou, très facilement pénétrable au doigt, mais insufflé et surnageant l'eau ; quelques rares lobules que l'air n'a pas pénétrés conservent la couleur et l'apparence que présentaient ceux du poumon opposé. Je ne fais guère de doute qu'ils n'eussent été insufflés

comme les autres, si la plèvre ne se fût pas rompue. »

Dans ce cas, donc, le poumon avait l'air d'être converti en un vaste foyer apoplectique, dans lequel le sang semblait extravasé dans le tissu, et qui, à la section, coulait en nappes comme s'il s'échappait d'une cavité plutôt que de vaisseaux distincts. Cependant le sang était bien contenu dans les vaisseaux, ainsi que le démontre l'insufflation.

L'exemple que je viens de citer, qui est un degré très avancé de cette congestion spéciale, peut aussi servir de description. L'étendue de la lésion peut varier depuis quelques points du volume d'une tête d'épingle jusqu'à la presque totalité du poumon.

D'autres fois l'intensité de la congestion varie, en sorte que le sang ne s'écoule pas spontanément, mais toujours la lésion a la même apparence : c'est-à-dire que le tissu est très mou et ressemble à de l'apoplexie ; sa couleur n'est pas violette, mais d'un rouge tellement riche, qu'il est presque noir ; le sang enfin est liquide, abondant, et nulle part ne se met en caillot.

Dans cet état le tissu est-il simplement congestionné ?

Le poumon avait-il respiré avant que la congestion ait eu lieu ?

Le sang lui-même n'est-il que du sang veineux ordinaire ?

Je n'ai pas tous les éléments pour résoudre ces questions et plusieurs autres, mais je suis persuadé qu'il faudrait un petit nombre de recherches pour y parvenir.

Toutefois, en considérant d'une part que la respiration est peu profonde et très peu fréquente, d'autre part que la production de la chaleur est diminuée, ainsi que l'a démontré M. Roger, on conclut que la respiration, l'hématose et la calorification sont très incomplètes. Il en résulte une espèce d'apoplexie antérieure pour ainsi dire à l'établissement complet de la respiration. La lésion anatomique serait en conséquence : une congestion par un sang veineux et

vicié occupant les vaisseaux du poumon qui a incomplétement respiré.

Une ou deux fois, il m'a semblé que le tissu ainsi congestionné était réellement enflammé. Ainsi après l'insufflation, une grande partie du tissu malade restait rouge noir, saillante quoique lisse, compacte et très évidemment n'avait pas été du tout modifiée par l'insufflation. S'agissait-il dans ces cas d'un poumon congestionné dans lequel s'était développée une phlegmasie réelle? ou bien étaient-ce des poumons ayant incomplétement respiré avec ou sans inflammation concomitante? Je n'ai pas encore un assez grand nombre de faits de cette nature pour décider la question.

Voici un de ces exemples :

« Enfant âgé de six à huit jours, ayant succombé à un sclérème.

» Les deux poumons sont d'un rouge presque noir dans leur partie postérieure, qui présente cependant par places quelques portions irrégulières inégales d'un rouge clair : ce qui fait que, sous le rapport de la disposition entremêlée des parties saines et malades, les poumons ont à l'extérieur l'aspect qu'offrent ceux qui sont atteints de pneumonie lobulaire généralisée. Toutes les parties noires étaient dures, compactes, lourdes.

» L'insufflation faite dans les deux poumons les distendit considérablement, fit passer une partie du tissu noir au rouge foncé ou au rouge clair; mais quelle que fût la force que j'employai, la majeure partie des portions malades résista à l'insufflation.

» A la coupe, comme à la surface, la disposition des parties saines et malades était celle de la pneumonie généralisée; mais le tissu en différait par une couleur rouge noir très foncée et par l'énorme quantité de sang noir qui s'échappait. Ce tissu noir était manifestement lisse et sans granulations, cependant il était saillant au-dessus des parties plus

claires, solide, plein, friable comme l'hépatisation grise la plus avancée, et plus lourd que l'eau. »

Dans ce cas existait-il :

1° Une simple congestion semblable à celle décrite plus haut et qui paraît propre au sclérème? Il faudrait alors admettre que l'insufflation ayant été faite avant l'ablation du cœur, il en est résulté un obstacle à la pénétration complète de l'air.

2° Une hépatisation réelle? Mais le tissu a été en partie modifié et l'apparence est d'ailleurs très différente.

Pour moi, j'aimerais à réunir toutes ces causes et à admettre une inflammation survenue dans un poumon qui avait incomplétement respiré et qui était d'ailleurs le siége de cette congestion de sang noir liquide qui paraît très fréquente chez les enfants atteints de sclérème.

Carnification, ou état fœtal.

Les poumons que j'ai pu insuffler ne m'ont fourni aucun exemple de cette lésion : mais d'après son apparence à moi bien connue, d'après les résultats ci-dessus mentionnés de l'injection gélatineuse, je n'ai aucune répugnance à admettre avec MM. Legendre et Bailly, que le poumon ainsi revenu sur lui-même peut être insufflé entièrement et reprendre son état normal, en totalité ou à peu près.

CONCLUSIONS.

Je résume en peu de mots les résultats que j'ai obtenus au moyen de l'insufflation ou de l'injection gélatineuse :

1° L'hépatisation, qu'elle soit lobaire, ou partielle, ou généralisée, résiste à l'insufflation entièrement et complétement; à moins que le tissu ne soit tellement ramolli qu'il ne se brise sous l'influence d'un souffle vigoureux, mais dans ce cas les vésicules ne se sont pas remplies d'air.

2° La congestion lobulaire, qu'elle soit disséminée ou généralisée, est toujours modifiée par l'insufflation, et les vésicules, toutes ou partie, sont pénétrées par l'air.

Cette lésion n'est pas l'engouement, premier degré de l'hépatisation, ce n'est pas non plus un degré de l'hépatisation.

3° La congestion apoplectiforme du sclérème, lobulaire ou généralisée, est modifiée par l'insufflation, même lorsqu'elle est arrivée à un degré très avancé, à moins peut-être qu'elle ne soit compliquée d'une phlegmasie.

4° L'état fœtal ou carnification, ou mieux affaissement du poumon, ne résiste pas à l'insufflation, qui rend au tissu son aspect normal.

Je borne ici ces considérations purement anatomiques. Elles confirment les opinions émises par MM. Legendre et Bailly, et viennent à l'encontre de celles de M. Bouchut. Les résultats obtenus ont été tellement constants et positifs, que je ne puis m'expliquer la dissidence d'opinion que par une différence notable dans le procédé opératoire.

J'aurais pu facilement étendre ce travail : indiquer quelques autres résultats anatomiques auxquels je suis arrivé, et les conlusions que j'en ai tirées sur la nature de ces altérations, et leur mode de production.

J'aurais aimé aussi prendre les choses sous un point de vue plus large ; c'est-à-dire montrer comment ces diverses lésions, unies à d'autres, se groupent entre elles pour former l'expression anatomique d'affections très différentes les unes des autres.

J'aurais voulu aussi discuter au point de vue de la pathogénie la valeur de la dénomination de pneumonie catarrhale adoptée par MM. Bailly et Legendre. Et ce sujet pouvait me mener à des considérations de pathologie assez élevées.

Ces travaux sont en grande partie terminés et je pourrais dès aujourd'hui vous en donner lecture; mais les détails dans lesquels je serais conduit, beaucoup trop longs pour une simple communication, seraient, je crois, fastidieux pour le plus grand nombre d'entre nous.

DE L'INFLUENCE

DES MALADIES AIGUES FÉBRILES SUR LES RÈGLES

ET

RÉCIPROQUEMENT.

PAR M. LE DOCTEUR HÉRARD.

Parmi les nombreuses questions que soulève l'histoire pathologique de la menstruation, il en est une que son importance pratique semblait désigner à l'avance aux recherches des observateurs ; et cependant je ne crois pas exagérer, en disant que cette question a été jusqu'ici à peine étudiée, ou tout au moins qu'elle n'a pas été soumise à cette méthode sévère d'examen que la science moderne est en droit d'exiger.

Consultez les traités généraux de médecine, ceux de pathologie spéciale, les monographies les plus complètes : rarement, dans ces ouvrages souvent si riches de détails, vous trouverez des renseignements précis sur la manière dont se comportent, vis-à-vis de l'hémorrhagie menstruelle, les maladies aiguës en général, telle ou telle affection fébrile en particulier. Non pas assurément que les médecins des siècles passés, Hippocrate, Sydenham, Boerhaave, Van Swieten, Huxham, etc., n'aient touché directement ou indirectement au sujet qui va nous occu-

per ; le rôle qu'ils faisaient jouer à l'utérus dans la pathologie de la femme était trop considérable pour qu'il en pût être autrement ; mais leurs écrits ne contiennent guère, au milieu de beaucoup d'hypothèses, que des remarques isolées, éparses, portant sur des faits spéciaux, et applicables seulement à quelques maladies, le plus ordinairement la variole. Pour ce qui est de notre époque, à part un petit nombre d'auteurs dont nous nous plaisons à signaler les travaux (1), on peut dire qu'elle a été surtout préoccupée de la solution des problèmes physiologiques qui se rattachent à la menstruation, et il est juste d'ajouter que, si le voile qui couvrait cette mystérieuse fonction a été enfin soulevé, c'est aux efforts persévérants de la génération actuelle que la science en est redevable.

Le mémoire que nous avons l'honneur de présenter à la Société de médecine des hôpitaux a pour but de rechercher l'influence réciproque des maladies aiguës fébriles et des règles : il est basé sur un relevé de 236 observations recueillies pour la plupart à la Charité pendant nos fonctions de chef de clinique.

Ces 236 observations se trouvent ainsi réparties :

(1) Nous mentionnerons surtout le *traité philosophique de médecine* de M. Gendrin, qui renferme sur l'hémorrhagie menstruelle et les métrohémorrhagies des considérations d'une haute importance pratique; l'ouvrage, rempli de faits intéressants, de M. Brierre de Boismont (*De la menstruation considérée dans ses rapports physiologiques et pathologiques*), ouvrage couronné par l'Académie de médecine; le mémoire de M. Raciborski (*De l'influence des affections des organes respiratoires sur la menstruation, et de celle que cette évacuation exerce sur la marche de ces affections*, *Gazette médicale*, 1842) dont les conclusions, à peu près conformes aux nôtres, nous ont fait vivement regretter que l'auteur n'ait livré à la publicité que la partie physiologique d'un grand travail, également couronné par l'Académie; deux bonnes thèses de deux anciens internes des hôpitaux (*Essai sur la menstruation*, 1836, par M. Caillat) et (*Considérations sur l'apparition des menstrues dans le cours des maladies aiguës*, 1847, par M. d'Heurle).

Variole	47 cas.
Fièvre typhoïde	36
Rhumatisme articulaire	35
Érysipèle	30
Pneumonie et pleuro-pneumonie	18
Bronchite	15
Métrite	15
Angine	8
Pleurésie	8
Rougeole	6
Scarlatine	4
Ictère fébrile (hépatite?)	3
Embarras gastrique fébrile	2
Fièvre synoque	2
Fièvre intermittente	2
Méningo-encéphalite	2
Dyssenterie	1
Pyélo-néphrite	1
Zona fébrile	1
	236

Quoique plusieurs des maladies du cadre nosologique ne soient pas représentées dans ce tableau, bien que quelques unes n'y entrent que pour une faible part, il existe, ainsi qu'on en pourra juger plus loin, une telle uniformité dans les résultats fournis par des affections de nature très dissemblable, que les considérations qui s'adressent à l'une nous paraissent applicables aux autres, à cette condition toutefois qu'elles appartiendront à la catégorie des affections *aiguës* et *fébriles*, les seules dont nous examinions en ce moment l'influence sur la menstruation (1).

Nous nous proposons d'étudier successivement :

L'influence des maladies aiguës fébriles sur les règles ;

(1) Nous prévenons que si, dans le cours de ce travail, il nous arrive de prendre quelquefois le mot *menstruation* comme synonyme d'*hémorrhagie menstruelle*, c'est seulement pour la facilité du langage ; il nous paraît aujourd'hui parfaitement démontré que l'écoulement sanguin n'est qu'un des résultats de la congestion ovaro-utérine, qui se rattache elle-même à l'acte important de l'expulsion des ovules aux époques des règles.

L'influence des règles sur les maladies aiguës fébriles ;

Les indications thérapeutiques relatives à la menstruation dans ces mêmes maladies.

Influence des maladies aiguës fébriles sur les règles.

Il est impossible de résoudre cette première question, et d'arriver à quelques formules générales, si l'on n'établit préalablement certaines divisions relatives aux circonstances différentes qui peuvent se présenter à l'observateur. L'influence exercée ne sera pas en effet la même, si la maladie se déclare pendant l'écoulement des menstrues, ou si elle se montre dans l'intervalle de deux époques ; et dans cette dernière hypothèse, il ne sera pas indifférent de déterminer si la prochaine éruption des règles coïncide avec la période fébrile de la maladie, ou bien avec la convalescence commençante et la guérison confirmée. C'est, il me semble, pour n'avoir pas fait ces importantes distinctions, et aussi pour avoir confondu plus d'une fois les affections fébriles avec les affections aiguës non fébriles, et même les affections chroniques, que la plupart des auteurs n'ont pu arriver qu'à des conclusions vagues et d'une exactitude quelquefois contestable.

Examinons donc ces diverses conditions du problème que nous nous sommes posé :

1° La maladie se déclare dans l'intervalle de deux époques menstruelles.

a. La fièvre persiste encore quand doivent paraître les règles.

Le plus grand nombre de nos observations rentrent dans cette première catégorie (155 obs.). Sur ces 155 observations, les règles n'ont été supprimées que cinq fois (3 rhumatismes, 1 érysipèle et 1 pleurésie). Dans tous les autres cas (150 fois, par conséquent), l'écoulement menstruel s'est manifesté.

Ce résultat se trouve en opposition avec l'opinion exprimée par presque tous les auteurs. Sans doute, ces auteurs reconnaissent bien que, dans quelques cas, les règles ont paru, et même plus abondantes que de coutume, mais pour eux ces faits constituent l'exception. « Il n'est point » d'affection aiguë, dit M. Brierre de Boismont, qui ne » puisse occasionner la diminution, le dérangement, l'irré- » gularité et la suppression des règles. Ce dernier accident » surtout se remarque dans un très grand nombre de cas. » (P. 475.) A l'article *Aménorrhée* de tous les traités de pathologie, les maladies aiguës, et surtout les maladies graves, sont signalées comme l'une des causes les plus fréquentes de la suppression des menstrues. M. Gendrin n'est pas éloigné de partager cette manière de voir : « Car, dit-il, » la manifestation des règles dans les maladies aiguës in- » dique le plus ordinairement, soit un état morbide d'une » faible gravité, qui ne modifie pas profondément l'orga- » nisme, soit une propension à la conservation ou au réta- » blissement de l'équilibre de toutes les fonctions qui an- » nonce l'imminence du décroissement de la maladie. » (P. 46, t. II.)

Les faits que nous avons observés ne nous permettent pas de nous ranger à cette opinion, toute considérable qu'elle est. Je vais même plus loin, et je ne crains pas de poser en principe, que non seulement une maladie aiguë fébrile grave ne s'oppose pas en général au libre écoulement des menstrues, mais que souvent elle l'excite et le provoque. Une maladie aiguë fébrile, qu'elle se nomme *variole, rhumatisme, pneumonie*, etc., me paraît avoir pour effet de déterminer vers l'utérus et l'ovaire une congestion suivie tôt ou tard d'une hémorrhagie d'abondance variable. Ne voyons-nous pas quelque chose d'analogue se produire pendant la fièvre dans la plupart des viscères et des systèmes de l'économie? Les artères battent avec force, la peau se congestionne, les muqueuses s'injectent, et plus

d'une fois des hémorrhagies, l'épistaxis surtout, sont la conséquence de cette hypérémie accidentelle. Que sera-ce, s'il s'agit d'organes qui, comme la matrice et les ovaires, sont déjà physiologiquement le siége d'une congestion et d'une hémorrhagie périodiques? Hâtons-nous d'ajouter toutefois qu'il existe des degrés dans l'intensité de cette fluxion, de cette sorte de *molimen* hémorrhagipare, tantôt très prononcé, ailleurs assez faible, et quelquefois même, si l'on s'en rapporte exclusivement à la quantité de sang perdu, inférieur à ce qu'il est dans l'état de santé.

Les cas les moins sujets à contestation sont ceux dans lesquels les règles, qui n'auraient dû paraître que quelques semaines après le début de la maladie, se montrent avant le temps accoutumé, avançant ainsi de dix, de quinze, de vingt jours. Nous avons noté soixante et onze fois cette anticipation des règles, bien évidemment provoquée par l'affection fébrile aiguë.

Citons quelques exemples, en écartant tous les détails étrangers au point spécial que nous voulons prouver.

Observation Ire. — La nommée P..., âgée de vingt-deux ans, est entrée à l'hôpital de la Charité (salle Sainte-Anne, nº 19) le 2 octobre 1850. Cette femme est habituellement bien menstruée. L'intervalle qui sépare deux époques est très régulièrement le même. Cette fois, les règles avaient paru et coulé comme à l'ordinaire, quand elle fut prise d'un rhumatisme articulaire aigu, compliqué d'endocardite. L'un des premiers effets de la maladie fut de *rappeler le flux cataménial* qui n'aurait dû se manifester que vingt jours plus tard.

Observation II. — Une femme, âgée de quarante ans, entrée à la Charité (salle Saint-Vincent), avait eu ses règles pendant le temps habituel. Quelques jours plus tard, elle se plaint d'une douleur thoracique très vive, avec fièvre, toux, expectoration sanguinolente, etc. On constate, le 14 avril 1851, une pleuro-pneumonie. *Les menstrues repa-*

raissent immédiatement, et l'écoulement continue pendant toute la durée de la maladie. Le 26 avril, elles n'étaient pas encore complétement terminées. Jamais semblable chose ne lui était arrivée.

Observation III. — Au n° 10 de la salle Sainte-Anne (hôpital de la Charité) est couchée la nommée C... (Prudence), âgée de vingt-trois ans, jusque-là bien réglée. Le 26 janvier 1851, se déclarent les premiers symptômes de la variole. Deux jours après, *les règles paraissent;* elles avancent de huit jours.

Comment expliquer ces faits, sinon en admettant le développement d'un état congestionnel vers l'ovaire et l'utérus sous l'influence des affections fébriles? En serait-il ainsi, si, comme le supposent les auteurs, la maladie agissait par rapport à ces organes dans le sens d'une véritable dérivation?

Dans d'autres circonstances, non moins probantes, l'hypérémie utérine et l'hémorrhagie se reproduisent dans le cours de la même affection aussi souvent que les exacerbations fébriles ou que les rechutes de cette même affection. L'observation suivante en est un exemple remarquable.

Observation IV. — La nommée S..., âgée de trente-quatre ans, cuisinière, est entrée le 16 novembre 1850 à l'hôpital de la Charité (salle Sainte-Anne, n°23). Cette femme a commencé à sentir les premières atteintes d'un rhumatisme articulaire aigu le 6 novembre, dix jours avant son admission dans le service de la clinique. *Tout aussitôt les règles paraissent.* Elles durent leur temps ordinaire, seulement elles avancent de cinq jours. Au bout d'une semaine, sous l'influence d'un traitement assez actif (saignées, ventouses scarifiées, purgatifs, opiacés à l'intérieur et en frictions), les symptômes s'amendent, à ce point que la malade peut descendre du lit sans douleur. Le pouls est tombé de 104 pulsations à 84, l'appétit se prononce, l'affection paraît

terminée. Le 23, cependant, à la visite du matin, nous notons le retour de la fièvre ; les articulations primitivement atteintes sont de nouveau rouges, tuméfiées, sensibles à la pression et au moindre mouvement ; d'autres jointures sont envahies. Ce jour même, *les règles reparaissent* (c'était à peu près l'époque où elles eussent dû venir, si la maladie fébrile ne les avait fait avancer). Au lieu de durer quatre ou cinq jours, comme le 16 novembre, elles ne durent que deux jours. Bientôt cette fluxion rhumatismale se dissipe une seconde fois, sous la double action des émissions sanguines et du sulfate de quinine, et le 1er décembre, nous constations une amélioration réelle, qui, cependant, ne devait pas encore être définitive. Le 2 décembre, en effet, le pouls qui était tombé à 76 par minute, remonte à 96. La peau est chaude, les douleurs sont vives dans l'épaule, le coude et le bras du côté droit, les mouvements complétement impossibles. *Pour la troisième fois un écoulement sanguin s'effectue par l'utérus*, et dure pendant deux jours. Le 6 décembre, la convalescence commence, la malade quitte l'hôpital le 14.

D'autres fois, l'influence que nous cherchons à démontrer est peut-être encore plus appréciable, en ce sens que l'effort hémorrhagique qui se concentre ainsi vers la matrice et les ovaires doit préalablement triompher d'une résistance physiologique ou morbide qui a déterminé depuis un temps variable la suspension des règles. C'est ainsi que chez quelques femmes qui n'étaient pas encore réglées ou qui ne l'étaient plus, l'apparition des menstrues suivait le développement d'une maladie aiguë fébrile.

Observation V. — T..., blanchisseuse, âgée de dix-huit ans, entrée à l'hôpital de Lourcine pour une vaginite, n'est plus réglée depuis six mois. Jusqu'alors, la menstruation avait été très régulière. Au mois de janvier 1851, elle fut atteinte de l'épidémie de grippe qui régnait alors à Paris, et les symptômes généraux furent même assez intenses.

Les règles parurent le surlendemain des accidents fébriles, et furent remarquables par leur abondance.

Observation VI.—Une femme âgée de quarante-cinq ans avait cessé d'être menstruée depuis deux mois, lorsque le 29 avril 1850, elle tomba malade à la suite d'un refroidissement subit. Nous constatâmes une pneumonie. *Les règles se manifestèrent* le 3 mai, un peu plus courtes de durée, mais beaucoup plus abondantes. Elles n'auraient dû venir que le 10 ; ce qui prouve que le retour des menstrues n'a pas été un phénomène naturel, mais bien l'effet de la pneumonie.

De pareils faits ont été observés par un grand nombre d'auteurs, mais tous n'ont pas suffisamment indiqué la relation qui existe entre la cessation de l'aménorrhée et le développement de l'affection intercurrente. Ainsi M. Brierre de Boismont rapporte une observation, communiquée par M. Récamier, de rougeole ramenant les règles supprimées depuis huit ans, et dans laquelle ce médecin fait jouer à la nature médicatrice un rôle que nous ne saurions admettre. Voici cette observation, d'ailleurs fort remarquable :

Une jeune dame de vingt et un ans, bien portante, d'une excellente constitution, nourrissait sa fille ; les seins étaient très développés, abondamment pourvus de lait, lorsqu'elle reçut une nouvelle qui lui causa une si vive émotion, que son lait se trouva tout à coup tari ; en vain employa-t-on les moyens en usage pour rappeler cette sécrétion, il fallut sevrer l'enfant. Cette disparition du lait fut suivie d'une aménorrhée qui persista durant huit ans. Pendant cette longue interruption de ses règles, elle ne cessa d'avoir des rapports avec son mari. A vingt-neuf ans, elle fut prise de la *rougeole*. A peine les symptômes de la fièvre éruptive se furent-ils manifestés, que les seins commencèrent à se tuméfier ; bientôt le lait coula en abondance et l'on fut obligé d'avoir recours à de petits chiens pour débarrasser les mamelles de la grande quantité de liquide qui s'y accumu-

lait. Lorsque la rougeole fut terminée, les accidents de la sécrétion laiteuse allèrent en diminuant; mais ce qu'il y eut de plus remarquable, c'est que les *menstrues, qui n'avaient pas paru depuis huit ans, se montrèrent comme de coutume*. Trois mois après, cette dame devint enceinte, et elle accoucha d'une fille qui vint au monde bien conformée.

Ce fait est assurément fort curieux; seulement au lieu de penser comme M. Brierre de Boismont, que « la nature » médicatrice, qui semblait s'être tenue à l'écart en présence » des efforts inutiles de l'art, est intervenue à son tour, et » qu'elle a fait naître l'éruption rubéolique (p. 326) », nous disons simplement que la rougeole, survenue par hasard, a eu pour effet de déterminer vers les organes ovaro-utérins une congestion hémorrhagipare assez puissante pour avoir raison d'une aménorrhée rebelle datant de huit ans.

Une des causes les plus ordinaires d'aménorrhée, aménorrhée physiologique et passagère, c'est l'état de grossesse. Tous les médecins depuis Hippocrate ont signalé le danger qui résulte du développement des affections aiguës chez les femmes enceintes, au double point de vue du fœtus et de la mère. Mais en général, ils se sont contentés d'invoquer le désordre profond survenu dans toute l'économie, sans chercher à approfondir la nature même de ce désordre, et comment il agit pour la production d'un aussi redoutable accident. Ils n'ont pas expliqué pourquoi certaines affections, la phthisie pulmonaire, par exemple, qui s'accompagne cependant de tant de lésions organiques ou fonctionnelles, ont assez peu d'influence sur la marche et la terminaison de la grossesse (voyez l'intéressant mémoire de M. Grisolle dans les *Archives de médecine*, 184...), tandis qu'une maladie aiguë fébrile, localisée sur un viscère quelquefois peu important, provoque au contraire un facile avortement. Dire que toute la différence consiste dans la soudaineté de l'invasion, c'est véritable-

ment ne rien dire. Comme M. Gendrin, et pour nous c'est une conséquence des considérations exposées jusqu'ici, nous sommes disposé à tenir grand compte dans ce résultat de la congestion utérine brusquement développée, laquelle est bientôt suivie d'hémorrhagie et presque nécessairement de décollement du placenta. Nous ne voulons pas toutefois prétendre qu'il n'y ait que cette seule cause ; émettre une pareille opinion, serait méconnaître l'influence des maladies de l'œuf et du fœtus (dans les fièvres éruptives contagieuses, etc.). D'ailleurs, l'avortement ne se déclare-t-il pas quelquefois à une période très avancée de la maladie, et nous verrons qu'à cette époque l'hypérémie utérine a cessé d'exister; enfin, s'il en était ainsi, toutes les affections aiguës fébriles amenant à peu près le même degré de fluxion vers la matrice et les ovaires, il s'ensuivrait qu'elles devraient être également aptes à produire l'avortement. Or cela n'est pas, quoique, à notre avis, on ait peut-être exagéré l'influence abortive spéciale de certaines maladies.

Pour juger cette dernière question, il faudrait des recherches statistiques étendues, et jusqu'ici ces recherches manquent à la science. Nous apportons en attendant quelques matériaux qui pourront servir à la solution de ce point assurément fort digne d'intérêt.

Nous avons noté 15 cas de maladies aiguës fébriles survenues chez des femmes enceintes :

Variole	5 cas.	Avortement . . .	2 cas.
Fièvre typhoïde. . . .	3	. . . . .	2
Rhumatisme	1	. . . . .	1
Pneumonie	1	. . . . .	1
Rougeole	1	. . . . .	1
Pleurésie.	1	. . . . .	1
Erysipèle	1	. . . . .	1
Laryngo-bronchite . .	1	. . . . .	1
Métro-péritonite . . .	1	. . . . .	0

Dans ce tableau très restreint et dont les résultats com-

paratifs seraient certainement modifiés par des faits plus nombreux, on ne sera pas peu surpris de voir que la variole a proportionnellement déterminé moins de fausses couches que les autres maladies, et que l'affection (la métro-péritonite) qui semblait plus que toute autre devoir être suivie de cette fâcheuse complication, seule n'a pas entravé la marche de la grossesse.

Nous avons vu jusqu'ici l'influence des maladies aiguës fébriles sur les règles se manifester d'une manière non douteuse en provoquant prématurément le retour du flux menstruel, et cela quelquefois en dépit des obstacles qu'opposaient à leur éruption l'âge, la grossesse ou toute autre circonstance plus ou moins appréciable. Dans les cas qu'il nous reste à examiner (79 environ), les règles ont paru à l'époque accoutumée, et souvent il serait difficile de décider si l'affection aiguë a, comme précédemment, exercé une action directe sur l'écoulement des menstrues, ou bien si elle s'est bornée à ne pas troubler leur manifestation. Il semblerait au premier abord que rien n'est plus facile à juger que cette question, qu'il suffirait pour cela d'examiner la durée et l'abondance de l'évacuation cataméniale, comparativement avec les autres époques ; et que toutes les fois que l'on constaterait l'augmentation de cette évacuation, on serait en droit de conclure à une influence positive exercée par l'affection aiguë. Mais d'abord on n'ignore pas combien est suspecte, en général, une pareille évaluation, abandonnée entièrement à l'appréciation arbitraire des malades de l'hôpital, souvent imbus de préjugés, dont l'intelligence est naturellement peu développée, ou accidentellement affaiblie. Disons encore que quelquefois la diminution dans la durée est compensée par l'augmentation de la quantité du sang excrété, et *vice versâ*, ce qui ne laisse pas que de rendre cette évaluation souvent difficile. Ajoutons enfin que l'abondance de l'hémorrhagie ne paraît pas toujours exactement propor-

tionnelle à l'intensité de la congestion : c'est ainsi que plusieurs fois, en même temps que nous constations dans les règles une anticipation de dix, quinze, vingt jours, preuve incontestable d'une fluxion ovaro-utérine prononcée, nous notions une diminution sensible dans la quantité du flux menstruel.

Quoi qu'il en soit, en réunissant les 71 cas dans lesquels l'époque de la menstruation a avancé, aux 79 cas dans lesquels il n'y a eu aucun dérangement, nous trouvons le résultat suivant, auquel, d'après ce que nous avons dit, nous ne pouvons accorder qu'une valeur approximative : 73 fois, l'écoulement n'a pas été modifié dans sa quantité ; 39 fois, il a été plus abondant, à ce point quelquefois qu'il a constitué une véritable perte ; 38 fois, il a été diminué, tantôt peu, d'autres fois beaucoup, tellement dans quelques cas (une dizaine), que, malgré les réserves faites plus haut, nous n'hésitons pas à les ranger très près de ceux dans lesquels la maladie a déterminé la suppression des menstrues.

Faut-il parler de quatre ou cinq cas (qui complètent le chiffre de 155) dans lesquels les règles ont été retardées dans leur apparition? Le retard a été si insignifiant, que nous nous sommes demandé si les femmes étaient bien sûres de la date qu'elles assignaient à la fonction menstruelle, et si d'ailleurs l'époque était tellement précise qu'elle ne pût présenter une irrégularité de deux à trois jours purement physiologique. Deux fois cependant, ce retard nous a paru devoir être mis sur le compte de la maladie, et nous avons cru remarquer qu'il s'était produit lorsque l'époque coïncidait avec les premiers malaises, courbature, inappétence, céphalalgie, etc., qui précèdent quelquefois la période véritablement fébrile.

Ces faits viendraient donc jusqu'à un certain point confirmer les propositions qui précèdent, en témoignant de l'importance du mouvement fébrile pour la détermination

de la fluxion ovaro-utérine et de l'hémorrhagie qui en est la conséquence. Le mouvement fébrile, en effet, nous paraît jouer dans ce phénomène le rôle principal, et dominer, ainsi que nous le dirons plus loin, la nature de la maladie. Nous ne parlons que des affections aiguës fébriles ; car le résultat n'est plus le même dans les maladies chroniques avec fièvre : on sait que dans la phthisie pulmonaire, par exemple, l'aménorrhée est un fait habituel, comme si la fièvre était impuissante à contre-balancer l'effet des cachexies, dont le propre est d'amener à la longue la suppression des menstrues. Sous ce rapport, on peut dire que l'influence exercée sur les règles par les affections chroniques, et les maladies aiguës fébriles développées dans l'intervalle de deux époques, est diamétralement opposée, et s'il nous fallait formuler notre pensée dans une proposition générale, au risque de l'exagérer pour en mieux faire saisir l'esprit, nous dirions :

Les maladies chroniques suppriment les règles ;
Les maladies aiguës fébriles les provoquent (1).

b. L'époque des règles coïncide avec une période avancée de la maladie ou avec la convalescence. La fièvre a notablement diminué ou complétement disparu.

Le cas que nous supposons se présente dans les deux circonstances suivantes :

Il peut se faire (nous l'avons observé 28 fois) que la menstruation ait eu lieu quelques jours ou quelques semaines avant le début de la maladie, de telle sorte que celle-ci soit déjà parvenue à son déclin quand arrive

(1) La connaissance de ce fait peut servir au diagnostic : dans deux cas de pneumonie mal caractérisée, dans lesquels les crachats n'étaient pas sanguinolents, les phénomènes stéthoscopiques incertains, nous pûmes, d'après l'état de la menstruation, présumer qu'il s'agissait (ce que l'observation ultérieure démontra) d'une inflammation du poumon et non d'une phthisie pulmonaire, comme le pensaient les médecins éclairés qui donnaient des soins à ces deux malades.

une nouvelle époque menstruelle. Or il importe de savoir si cette époque éprouvera quelque modification.

D'un autre côté, dans le cas où les règles ont paru pendant les premiers jours de la maladie, nous avons à rechercher ce qui adviendra aux époques suivantes.

Eh bien, le résultat est le même dans l'une et l'autre hypothèse. Le plus souvent, l'écoulement sanguin ne se manifestera pas, et cette aménorrhée secondaire pourra persister un, deux, trois mois, six mois, un an, davantage même ; ordinairement de un à trois mois. Quelquefois les règles paraîtront, mais alors elles auront presque toujours subi une diminution et un appauvrissement marqués.

Ces différences semblent, en général, dépendre de la nature, de l'intensité, de la longue durée de la maladie, et aussi du traitement mis en usage. Plus les symptômes auront été graves, plus surtout l'affection aura duré longtemps, et plus aussi les menstrues auront de tendance à se supprimer. C'est ainsi, par exemple, que dans la variole, la fièvre typhoïde, etc., la suppression est un phénomène presque constant, tandis qu'il est exceptionnel dans une simple angine dont la période fébrile n'aura pas dépassé un septénaire.

On conçoit parfaitement que, dans le premier cas seulement, l'économie, profondément débilitée, ait été amenée à un état voisin de celui que produit une cachexie quelconque, dans laquelle l'aménorrhée, ainsi que nous l'avons vu plus haut, est un fait habituel. Il n'y a qu'une différence et elle est facile à comprendre : c'est que l'aménorrhée qui succède à la maladie aiguë est passagère et spontanément curable comme la cachexie qui l'a determinée. Quand les règles reparaissent après quelques mois de suspension, c'est en quelque sorte un indice que le corps a réparé les pertes qui l'avaient momentanément affaibli.

Nous avons dit que le traitement employé n'était pas sans influence sur la production de cette aménorrhée se-

condaire : celle-ci sera d'autant plus facile que les émissions sanguines et les autres moyens débilitants auront été plus largement mis en usage. Toutefois nous pensons que les émissions sanguines, convenablement administrées, en diminuant la durée et l'intensité de la maladie, apportent avec elles une compensation dont il faut tenir compte.

Cette aménorrhée se dissipe d'ordinaire au bout de quelques mois; ce n'est que très rarement qu'elle persiste six mois, un an. Quelquefois la femme éprouve, à l'époque correspondante aux règles, des douleurs de reins, des coliques, de la pesanteur dans le bas-ventre qui semblent accuser l'effort du sang vers la matrice dont la fonction est accidentellement troublée, mais tout se borne en général à ces légers malaises qui souvent même passent inaperçus.

Nous avions cherché à déterminer si le retour des règles supprimées à la suite de la maladie aiguë s'effectue à l'époque habituelle de la période menstruelle, et si dans les cas où il y a anticipation, l'ordre jusque-là régulier se trouve interverti : mais pour résoudre cette question, qui n'a pas du reste d'importance pratique, nous avons manqué de renseignements suffisants, les malades ayant quitté le plus souvent le service de l'hôpital avant la réapparition des règles. Toutefois si nous en jugeons par quelques observations, nous estimons qu'il n'y a rien de fixe à cet égard. Nous avons vu des femmes chez lesquelles les règles, supprimées pendant plusieurs mois consécutifs, s'étaient montrées à l'époque accoutumée et en quelque sorte jour pour jour. Chez d'autres, la date du retour de la menstruation ne correspondait plus à la date antérieure à la maladie.

2° La maladie aiguë fébrile se déclare pendant l'écoulement des règles.

Ce cas ne s'est présenté à nous que 17 fois, mais dans presque tous (16 sur 17), le résultat a été le même : suppression immédiate de l'éruption menstruelle. C'est en général au moment du frisson initial, si ordinaire dans les

affections aiguës fébriles et quelquefois si violent que cet effet s'observe, et l'on peut jusqu'à un certain point l'expliquer par la perturbation brusque et profonde dont ce frisson est le signal, et par la concentration, le refoulement des liquides de la périphérie au centre qui l'accompagne. Tantôt cette suppression des règles persiste pendant toute la durée de la maladie; tantôt au bout d'un nombre de jours variable, un, deux...., douze jours, le flux périodique reparaît; mais alors il a été dérangé dans son cours normal; il est le plus souvent peu abondant, irrégulier, se montrant une journée, puis disparaissant le lendemain, pour reparaître encore. Il semble véritablement qu'il y ait là comme une lutte engagée entre la cause qui a produit la suspension de l'écoulement cataménial et cette autre cause que nous avons précédemment signalée et qui tend à déterminer la fluxion ovaro-utérine et l'hémorrhagie consécutive. Dans quelques cas (que malgré le petit nombre de nos faits nous croyons rares) cette dernière force l'emporte complétement; et c'est ainsi que chez une malade (la dix-septième) une pneumonie s'étant déclarée pendant l'éruption menstruelle, cette éruption n'a été nullement troublée, et même a été plus abondante que de coutume. Toutefois, nous le répétons, nous regardons ces cas comme exceptionnels, et nous croyons pouvoir établir en thèse générale, que si une maladie aiguë fébrile se développe pendant l'écoulement des règles, celles-ci seront momentanément suspendues ou complétement supprimées.

La connaissance de ce fait n'est pas sans quelque importance pratique : elle permet à l'observateur de se rendre un compte exact de la filiation des symptômes dans une multitude de circonstances en général mal appréciées par les personnes étrangères à notre science, et même par un assez grand nombre de médecins. Que de fois, par exemple, n'arrive-t-il pas à une malade interrogée sur la manière dont les accidents ont débuté, de répondre qu'elle

avait ses règles, qu'elles se sont arrêtées et qu'alors elle a été prise de l'affection pneumonie, érysipèle, variole, etc. qui l'amène à l'hôpital. Pour cette malade, la suppression des menstrues est le phénomène le plus apparent, le plus palpable, celui auquel, on le sait, elle est toujours disposée à accorder une importance capitale, exagérée. Il n'est donc pas étonnant que cette idée préconçue ne l'égare dans l'appréciation de l'ordre de succession des diverses actions morbides. Mais que le médecin veuille à son tour étudier et bien préciser les faits tels qu'ils se sont passés, et il parviendra sans peine à reconnaître que presque toujours la malade avait ses règles, qu'un frisson s'est déclaré quelquefois brusquement au milieu d'une santé en apparence parfaite, et que ce frisson précuseur de la maladie a été la cause de la suppression.

Ces remarques ne sont pas seulement applicables à l'écoulement menstruel. N'a-t-on pas assigné pour point de départ aux affections puerpérales la suppression des lochies, tandis qu'il est démontré aujourd'hui que cette suppression n'en est ordinairement que le résultat? Ne voit-on pas figurer au nombre des causes de la plupart des affections, la rétrocession des dartres, la disparition d'un exanthème, etc? Allez au fond des choses, et vous vous apercevrez que presque toujours une cause interne a précédé ce phénomène et l'a déterminé. Eh bien, nous pensons qu'il en est de même pour la suppression des règles, et qu'il est sage de suivre le conseil que donne Van-Swieten : « Prudentes autem medici in suppressione mensium curanda » admodum solliciti sunt ut ritè distinguant an laborent » morbo quia menstrua supprimuntur, an vero ob morbum » prægressum vel præsentem careant fluore menstruo. »

Mais, dira-t-on, il y a des cas dans lesquels la suppression des règles précède le frisson précurseur de la maladie ; or dans ce cas on ne peut nier l'influence de cette suppression sur le développement de l'affection. Nous répondons qu'il

peut assurément en être ainsi, mais que nous nous défions en médecine du *post hoc, ergo propter hoc*. Nous constatons les faits, mais nous les interprétons différemment; et au lieu d'y chercher, comme beaucoup d'auteurs, un rapport de causalité, nous y voyons deux effets d'une même cause. Je m'explique. On connaît l'action qu'exerce le froid sur l'écoulement menstruel, la suppression en est souvent le résultat. D'un autre côté, on n'ignore pas le rôle important que joue le refroidissement du corps dans la production de la plupart des maladies inflammatoires : n'est-il pas alors vraisemblable d'admettre que ce refroidissement a déterminé et la suppression des menstrues, et la maladie bronchite, pneumonie, rhumatisme, etc., plutôt que de supposer que le développement de la maladie est une conséquence de la disparition des règles? Nous croyons notre interprétation plus conforme à ce qu'enseigne l'observation de tous les jours, et particulièrement l'étude des causes des maladies. Non pas assurément que nous voulions prétendre que l'interruption brusque d'un des actes de la fonction menstruelle, l'hémorrhagie, soit un phénomène sans importance. Nous pensons, pour en avoir été témoin nous-même, qu'il peut en résulter des affections nombreuses et variées, des troubles nerveux, plus ou moins graves, des accidents du côté de l'utérus, peut-être même une métrite, une métro-péritonite (1); mais ce que nous croyons plus difficilement, c'est qu'une affection aiguë fébrile d'un organe autre que l'utérus puisse reconnaître une pareille cause, surtout quand nous avons une explication satisfaisante du développement de cette affection. Ce qui

(1) Nous comprenons que les désordres de la menstruation réagissent sur les organes chargés de cette fonction, au point d'amener leur inflammation; mais encore faut-il que les faits appelés en preuve, soient à l'abri de toute contestation. Or en est-il ainsi de l'observation publiée par M. Gauché (*Archives de médecine*, 1829, tome XXI, p. 277) qu'un ouvrage classique cite comme un exemple de péritonite causée par une suppression des menstrues?

fait que quelques auteurs ont admis la suppression des règles comme point de départ des inflammations, c'est qu'ils étaient pénétrés de cette idée, que la rétention du flux menstruel amène dans la circulation une plus grande masse de sang, autrement dit la pléthore, et que la pléthore prédispose aux phlegmasies : *Si hic sanguis retinetur*, dit Boerhaave, *oritur plethora*. Mais aujourd'hui il est parfaitement prouvé que la pléthore ne prédispose pas aux inflammations, si communes, on le sait, chez les individus débilités, cachectiques. En outre on n'a jamais pu démontrer que dans l'état dit *pléthorique* une plus grande masse de sang circule dans les vaisseaux ; mais on a seulement reconnu la prédominance d'un des éléments constitutifs de ce fluide, le globule. J'ajouterai qu'en supposant que ce sang non excrété pût augmenter d'autant la masse circulatoire, la quantité en serait moins considérable que quelques auteurs ne l'ont indiqué. Nous croyons en effet avec M. Gendrin que la quantité moyenne du sang perdu n'excède guère quatre onces, et que beaucoup de femmes l'exagèrent parce qu'elles ne tiennent pas compte de la facilité avec laquelle une petite quantité de sang peut pénétrer beaucoup de linges. Enfin il faudrait supposer que la suppression des règles détermine immédiatement dans l'espace de quelques minutes ou de quelques heures le développement d'une inflammation viscérale, chose difficile à admettre, tandis que l'on a des exemples assez nombreux dans lesquels un brusque refroidissement du corps en sueur a amené presque instantanément une bronchite, pleurésie, pneumonie, etc.

Pour toutes ces raisons, nous pensons que l'on interprétera comme nous l'observation suivante et les cas analogues que nous avons été à même d'observer, ou qui se trouvent dans les auteurs.

Observation VII.—Une femme, âgée de vingt-neuf ans, est entrée à l'hôpital de la Charité (salle Sainte-Anne, n° 15)

le 11 février 1851. La santé de cette femme est habituellement bonne ; la menstruation s'accomplit régulièrement. Il y a une quinzaine de jours, elle alla laver son linge à la rivière. C'était au mois de février ; elle eut, dit-elle, grand froid. Les règles s'arrêtèrent aussitôt. Au lieu de quatre à cinq jours qu'elles durent habituellement, elles ne coulèrent qu'un jour. Quatre heures plus tard, elle fut prise de frisson suivi de fièvre. Le soir elle commença à tousser et se plaignit d'un point de côté. Les symptômes continuèrent ainsi jusqu'à son entrée à l'hôpital. Là nous constatâmes une bronchite et un léger épanchement pleurétique du côté droit.

La malade attribuait les accidents qu'elle avait éprouvés à la suppression des règles. Nous répétons qu'il nous semble beaucoup plus probable que la broncho-pleurésie s'est développée sous l'influence du refroidissement, qui lui-même a suspendu l'écoulement sanguin.

Concluons donc que lorsqu'une maladie aiguë fébrile se déclare pendant l'écoulement menstruel et que celui-ci est supprimé, c'est la maladie qui détermine la suppression et non la suppression qui occasionne la maladie. Que si dans quelques cas les phénomènes morbides se développent après que les règles se sont arrêtées, c'est une conséquence de l'action de la cause même (le refroidissement) qui a entraîné la suppression.

Nous avons jusqu'à présent étudié d'une manière générale l'influence des maladies aiguës fébriles sur les règles, et il a été facile de voir qu'elles se comportent à peu près de même par rapport à l'hémorrhagie menstruelle. Nous croyons utile maintenant, avant d'aller plus loin, de jeter un coup d'œil rapide sur chacune de ces maladies en particulier : ce sera pour le lecteur un moyen d'apprécier par lui-même les éléments qui servent de base à ce travail, et pour nous une occasion de signaler quelques faits qui n'ont pu trouver place dans les considérations qui précèdent.

VARIOLE (47 cas).

Pendant l'écoulement des règles		1
Règles suspendues		10
Dans l'intervalle des deux époques	Époque menstruelle coïncidant avec la période fébrile de la maladie	27
	Époque menstruelle coïncidant avec la période de déclin de la maladie	9
		47

Dans le seul cas où la variole s'est déclarée pendant l'écoulement menstruel, il y a eu suppression immédiate, puis le surlendemain légère réapparition pendant quelques heures.

— Chez 10 femmes, les règles étaient momentanément suspendues pour des causes diverses; 5 pour cause de grossesse, 3 pour cause de maladie antérieure, 2 à la suite de l'accouchement.

Des 5 femmes enceintes, 2 avortèrent. L'enfant de l'une d'elles, âgé de huit mois, vécut pendant une dizaine de jours.

2 des 3 malades chez lesquelles une affection antérieure avait retardé les règles de plusieurs mois virent l'écoulement menstruel reparaître tout aussitôt que se déclara la variole.

Quant aux deux femmes accouchées depuis deux à trois semaines, la maladie ne parut exercer d'autre influence que de rappeler dans un cas les lochies sanguinolentes.

— Pour ce qui est des 27 cas recueillis sur des femmes habituellement bien réglées, et chez lesquelles l'époque menstruelle coïncidait avec le début de la maladie, les règles se sont montrées chez toutes sans exception.

14 fois elles sont venues à l'époque accoutumée; 12 (1)

(1) Nous réunissons ici tous les cas dans lesquels la maladie a fait avancer les règles. Pour plusieurs d'entre eux, sans cette circonstance, l'époque menstruelle eût coïncidé avec la période non fébrile, et nous les aurions rangés dans la dernière catégorie qui comprend 9 cas.

fois elles ont avancé de quelques jours à une ou deux semaines.

Une fois elles ont été retardées de trois ou quatre jours par le fait de la maladie.

7 fois elles ont été plus abondantes que de coutume.

8 fois elles ont été diminuées.

Dans tous les autres cas (12) elles ont été normales. Une fois l'écoulement a été si abondant, qu'il a constitué une véritable perte. C'était chez une femme âgée de vingt-six ans, domestique, non vaccinée. La variole avait revêtu le caractère confluent et hémorrhagique : le sommet de chaque pustule et l'intervalle qui les séparait étaient marqués de petites taches noires pétéchiales; *les règles avaient paru* le jour de l'éruption, *avançant* de huit jours. Elles durèrent sept jours au lieu de trois, et la *quantité du sang perdu fut considérable.* La malade succomba (1).

(1) Presque tous les auteurs ont signalé l'influence des varioles, et surtout des varioles noires sur la production des hémorrhagies utérines. Leur observation et la nôtre diffèrent sur ce point de celle de M. Brierre de Boismont qui admet que le caractère malin de la variole a souvent pour effet de supprimer les règles. Entre autres faits très intéressants, je citerai les deux suivants empruntés à Sydenham et à Huxham.

« Je traitai, il n'y a pas longtemps une dame de grande distinction et de beaucoup de mérite qui avait une petite vérole noire et maligne. Je lui avais interdit dès le commencement de la maladie tout ce qui pouvait agiter le sang. Néanmoins, comme elle était d'un tempérament très sanguin, qu'elle était jeune et vigoureuse, et que d'ailleurs on était alors en été, elle fût attaquée le troisième jour de l'éruption, et *hors le temps ordinaire de ses règles, d'une perte de sang si abondante*, que les femmes qui étaient présentes crurent qu'elle s'était blessée. Ce symptôme dura trois jours. » (Sydenham, tome I, *Petite vérole irrégulière.*)

» Mademoiselle B..., peu de temps avant d'être attaquée par la petite vérole, s'était beaucoup fatiguée à monter à cheval, à se promener, à danser, etc., par un temps fort chaud. Elle eut un million de très petits boutons de petite vérole et un très grand nombre de taches bleues qui lui couvraient tout le corps. Le troisième jour de l'attaque, ses jambes et ses cuisses parurent pourprées ; elle saigna abondamment des gencives et du nez, et elle eut en même temps un *flux périodique très abondant qui précéda de six jours son retour régulier.* Elle mourut le sixième jour de la maladie. » (Huxham, *Essai sur la petite vérole.*)

Les règles n'ont pas paru le mois suivant chez toutes les malades qui sont restées assez longtemps à l'hôpital pour que nous puissions interroger l'état de la menstruation ; la durée de cette aménorrhée a été variable (ordinairement plusieurs mois consécutifs).

— Dans les 9 cas où l'époque menstruelle coïncidait avec la période de déclin de la maladie, les règles ont également manqué.

FIÈVRE TYPHOIDE (36 cas).

Pendant l'écoulement des règles		1
Règles suspendues		5
Dans l'intervalle de deux époques.	Époque menstruelle coïncidant avec la période fébrile de la maladie	22
	Époque menstruelle coïncidant avec la période de déclin	8
		36

— Dans 1 cas, la maladie a commencé à se déclarer pendant l'éruption menstruelle ; les règles se sont arrêtées complétement.

— 5 fois il y avait suspension des règles (3 fois pour cause de grossesse, une fois à la suite de couches, et une fois chez une nourrice). 2 fois il y eut avortement. Dans un de ces cas la femme était arrivée au huitième mois. L'enfant, né vivant, est mort au bout de deux semaines environ.

La malade dont les règles avaient cessé depuis sept mois à la suite de couches vit la menstruation reparaître après la fièvre typhoïde, mais seulement deux mois après.

La suppression des règles persista chez la nourrice (1),

(1) Voici un cas rapporté par Huxham, dans lequel la fièvre typhoïde a rappelé les règles chez une nourrice :

« Mademoiselle Hopkins était affaissée et un peu en délire, soupirant continuellement comme si elle eût eu le chagrin le plus vif, et se plaignait d'un poids énorme et d'oppression dans la région du cœur. Elle avait le pouls fréquent, petit, tremblant, inégal, et la respiration courte, coupée, et laborieuse. Elle fut pendant longtemps sans dormir, et malgré cela

22 fois l'époque menstruelle a coïncidé avec le début de la maladie et 22 fois les règles ont paru.

3 fois la fièvre typhoïde a déterminé une avance d'une semaine.

1 fois il y a eu retard de quelques jours.

2 fois la quantité du sang écoulé a été plus considérable qu'à l'ordinaire.

4 fois elle a été moindre.

Dans les 16 autres cas, elle a été ce qu'elle est habituellement. L'époque suivante a manqué dans les 22 cas, excepté dans l'un d'eux où elle a été notablement diminuée et dans un autre où elle a été retardée de quinze jours.

—8 fois, la menstruation tombant à une période avancée de la maladie, les règles ne se sont pas manifestées.

RHUMATISME ARTICULAIRE (35 cas).

Pendant l'écoulement des règles		0
Règles suspendues		2
Dans l'intervalle de deux époques	Époque menstruelle coïncidant avec la période fébrile de la maladie	31
	Époque menstruelle coïncidant avec la période de déclin de la maladie	2
		35

—Dans 2 cas, les règles étaient suspendues une fois par une grossesse datant de cinq mois ; une autre fois, depuis deux semaines, par une cause inappréciable ; le rhumatisme a rappelé l'écoulement sanguin dans ce dernier cas, et a provoqué un avortement dans l'autre.

elle était accablée ; elle n'avait pas une grande chaleur ; cependant elle éprouvait une soif intarissable. La langue n'était pas fort sèche, mais elle était noire. Elle avait un peu de mal à la gorge et avalait avec peine. Ses yeux étaient étincelants, fixes et enflammés. Le huitième jour elle eut une sueur très abondante ; sa langue devint tout à fait noire, ou plutôt livide et extrêmement sèche ; sur le soir, *les règles la prirent et vinrent avec profusion.* (*Elle nourrissait et c'était la première fois qu'elle les voyait depuis ses couches.*) Mort le onzième jour.

(Huxham, *Essai sur les fièvres.*)

— Sur les 31 cas dans lesquels le rhumatisme a précédé de peu l'époque de la menstruation, nous avons noté une fois une diminution du flux menstruel, équivalant presque à une suppression ; et trois fois une suppression complète. Restent 27 cas dans lesquels les règles ont paru.

16 fois la maladie a déterminé leur retour prématuré ; quelquefois il n'y a eu qu'une avance insignifiante de quatre à cinq jours ; ailleurs elle a été de plusieurs semaines, les règles venant à peine de cesser qu'elles reparaissaient avec la fièvre rhumatismale. Dans deux cas, il y a eu des rechutes, les menstrues ont accompagné la réapparition des douleurs et du mouvement fébrile (voyez l'Observation IV).

6 fois la quantité de sang perdu par la femme a été augmentée.

6 fois elle a été diminuée.

Dans les autres cas, elle n'a pas été modifiée.

L'époque suivante a manqué chez 9 malades qui sont restées plus d'un mois à l'hôpital.

Dans les 2 cas où la fièvre avait cessé à l'époque de la menstruation, il y a eu absence des règles.

ÉRYSIPÈLE (30 cas).

Pendant l'écoulement des règles		2
Règles suspendues		4
Dans l'intervalle de deux époques	Époque menstruelle coïncidant avec la période fébrile de la maladie	22
	Époque menstruelle coïncidant avec la période de déclin de la maladie	2
		30

— Il y a eu suppression immédiate dans les deux cas de développement de l'érysipèle pendant l'écoulement menstruel. Dans l'un, la suppression a été complète ; dans l'autre, le sang a reparu le lendemain en petite quantité.

— 3 fois les règles étaient supprimées depuis un temps assez long. La maladie n'a eu sur elles aucune influence.

1 fois la femme était enceinte de six mois ; il y a eu avortement. La grossesse était gémellaire; l'un des fœtus est mort en naissant ; l'autre a vécu quelques heures.

— Sur les 22 cas dans lesquels l'époque a coïncidé avec la fièvre érysipélateuse, nous avons noté 21 fois l'apparition des règles. Une seule fois elles ont manqué, et je dois ajouter que la malade était entrée dans le service pour un rhumatisme chronique.

Les règles ont avancé 11 fois ;

Elles ont été plus abondantes 4 fois ;

Moins abondantes 5 fois ;

Normales dans le reste des cas (13 fois).

— Dans les deux cas où l'époque menstruelle coïncidait avec la période non fébrile de la maladie, les règles ont été supprimées.

PNEUMONIES ET PLEURO-PNEUMONIES (18 cas).

Pendant l'écoulement des règles.	Cas certains	6
	Cas douteux	1
Règles suspendues		2
Dans l'intervalle de deux époques . .	Époque menstruelle coïncidant avec la période fébrile de la maladie	8
	Époque menstruelle coïncidant avec la période de déclin de la maladie . . .	1
		18

— 6 fois le frisson initial de la pneumonie s'est déclaré pendant que les règles coulaient. La suppression a été immédiate et complète dans deux cas ; immédiate et incomplète dans trois, en ce sens que le sang a reparu le lendemain ou le surlendemain, en petite quantité, il est vrai. Dans un cas, les règles n'ont pas été supprimées ; elles ont même été plus abondantes que de coutume.

Nous avons indiqué un cas comme douteux, les renseignements fournis par la malade n'ayant pu nous mettre à même de décider si la suppression avait été antérieure ou postérieure à la pneumonie.

—Dans un cas, les menstrues étaient suspendues depuis six mois et demi par une grossesse, il y eut avortement le quatrième jour de la maladie.

Une fois, il y avait un retard de deux mois. La pneumonie rappela les règles au bout de quelques jours.

— Dans les 8 cas où l'époque menstruelle coïncidait avec le début de la maladie, l'évacuation cataméniale s'est montrée.

6 fois elle a été en avance ;

6 fois elle a été plus abondante ;

2 fois elle a été diminuée (je ne parle pas des cas dans lesquels il y a eu suppression par le frisson).

Dans 3 cas seulement, il nous a été donné de constater l'état de la menstruation aux époques suivantes. Deux fois les règles ont paru; mais le sang était extrêmement pâle et la quantité diminuée. Une fois elles ont manqué deux mois consécutifs.

— Elles ont également manqué chez la malade dont l'époque menstruelle se trouvait correspondre à une période avancée de la phlegmasie du poumon.

BRONCHITE (15 cas).

Pendant l'écoulement des règles.	Cas certains.	2
	Cas douteux	2
Règles suspendues		2
Dans l'intervalle de deux époques. .	Époque menstruelle coïncidant avec la période fébrile de la maladie.	7
	Époque menstruelle coïncidant avec la période de déclin de la maladie	2
		15

— Dans 2 cas, la bronchite aiguë fébrile s'est développée pendant l'écoulement des règles ; elles ont été immédiatement supprimées ; chez l'une de ces deux malades, elles sont revenues douze jours après et ont duré le temps habituel.

2 cas sont notés comme douteux, parce qu'il n'est pas

impossible que la suppression, déterminée par un refroidissement, ait précédé de quelques heures le frisson initial de la bronchite.

— 2 fois les règles étaient suspendues. Une fois depuis six mois, à la suite d'une vaginite chronique; la maladie a rappelé aussitôt l'écoulement sanguin.

Dans l'autre cas, il y avait un retard de deux mois chez une femme jusque-là bien réglée (grossesse présumée). Le surlendemain du début des accidents inflammatoires, survint une perte utérine qui fut considérée comme le résultat d'un avortement.

— 7 fois les menstrues ont paru dans les premiers jours de la bronchite.

Elles ont avancé dans 5 cas ;

Elles ont été plus abondantes dans 2 cas;

Moins abondantes dans 2 cas ;

Normales dans les cas restants.

L'époque suivante n'a été que peu modifiée chez trois malades, les seules qui aient pu nous renseigner après leur sortie de l'hôpital.

— 2 fois la fonction menstruelle coïncidait avec le retour complet à la santé. L'écoulement sanguin s'est manifesté : il a été seulement plus pauvre et moins abondant.

MÉTRITE (15 cas).

Pendant l'écoulement menstruel		0
En dehors de l'époque menstruelle.	M. non puerpérales	8
	M. postpuerpérales	7
		15

La métrite se rencontre dans deux conditions différentes et qui doivent être distinguées. Elle peut se déclarer chez une femme qui vient d'accoucher, ou bien en dehors de l'état puerpéral. Examinons séparément ces deux catégories de faits.

Métrites non puerpérales. — Nous avons observé 8 cas de

métrites non puerpérales, toutes développées dans l'intervalle qui sépare deux époques menstruelles. Les règles ont paru dans les 8 cas, pendant les premiers jours de la maladie.

Dans un cas, la malade accusait un retard de dix jours qu'elle ne rapportait pas à une grossesse commençante. La métrite se manifeste, et avec elle l'écoulement menstruel.

2 fois cet écoulement a avancé de dix à douze jours.

Dans tous les cas, la quantité de sang perdu a été plus abondante qu'elle ne l'était habituellement, souvent à tel point qu'elle a constitué une ménorrhagie, ou plus exactement encore une métrorrhagie.

2 fois la maladie a offert plusieurs rechutes ; et, à chacune d'elles, la perte a reparu.

Ces faits nous paraissent si importants pour l'histoire encore obscure de la métrite, que nous croyons utile de transcrire quelques unes des observations que nous avons recueillies.

Observation VIII.— B...., âgée de vingt-cinq ans, habituellement bien réglée, est entrée à l'hôpital Beaujon, le 22 décembre 1850, pour y être traitée d'une *métrorrhagie* abondante, survenue récemment à la suite d'une fatigue considérable, et accompagnée de douleurs très vives dans le bas-ventre avec fièvre. Sous l'influence du repos et d'un traitement antiphlogistique approprié, la perte s'arrêta ; et la malade sortit de l'hôpital, mieux portante, mais non complétement guérie des accidents inflammatoires qui s'étaient déclarés du côté de la matrice et qui furent caractérisés par le médecin du nom de *métrite*.

Le 28 décembre, quelques jours après sa sortie, elle fut prise d'une nouvelle *perte*, qui dura jusqu'à son entrée à l'Hôtel-Dieu (salle Saint-Maurice), le 3 janvier 1851. M. Aran, chargé du service, constata une *métrite aiguë intense*. (Saignées générales, ventouses sur le bas-ventre, sangsues sur le col de l'utérus volumineux, bains, cataplasmes.) Le traitement énergique, et particulièrement les

sangsues apposées au col utérin, eurent un résultat des plus avantageux, si bien que la malade, débarrassée de ses douleurs et de la métrorrhagie, voulut quitter l'Hôtel-Dieu dès le 10 janvier.

Je la revis le 30 du même mois au bureau central, où elle venait réclamer un billet d'admission pour un hôpital. Elle avait alors de la fièvre, se plaignait de douleurs dans la région hypogastrique, d'une impossibilité presque absolue de la marche, et d'une *nouvelle hémorrhagie utérine.* Tous ces accidents s'étaient encore déclarés à la suite d'une série d'imprudences et des fatigues du carnaval. Je l'examinai et constatai le corps de l'utérus et particulièrement le col, volumineux, chauds, et très douloureux au toucher. Elle fut envoyée à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. le professeur Rostan, où elle fut soignée pour une *métrite*, et sortit guérie au bout d'un mois.

Observation IX. — R..., vingt-sept ans, couturière, entrée à l'Hôtel-Dieu (salle Saint-Maurice) le 18 février 1851. Habituellement bien réglée, a eu deux enfants, souffre depuis plusieurs années du bas-ventre, surtout à l'époque des règles devenues plus abondantes.

Le 25 janvier 1851, sans cause bien appréciable, elle a été prise de douleurs vives dans le bas-ventre, les reins et les cuisses, et en même temps d'un appareil fébrile très prononcé (frisson, fièvre, malaise général, etc.); *les règles ont paru* presque aussitôt. C'était, dit la malade, approximativement l'époque. Les règles se sont converties en une véritable *ménorrhagie;* car elles ont duré très abondantes jusqu'au 15 février. Elle s'est alors décidée à entrer à l'hôpital le 18 février dans le service de M. Aran.

Les accidents fébriles avaient diminué; la région hypogastrique était encore douloureuse à la pression. Le corps, volumineux, avait conservé sa mobilité; le col était énorme, entr'ouvert. (Cataplasmes, bains, repos au lit.)

Bientôt amélioration notable.

Le 27 février, les douleurs revinrent beaucoup plus aiguës, et en même temps *la perte reparut* et dura jusqu'au 7 mars. Sous l'influence des bains, des injections, des cautérisations, le volume de l'utérus diminua, et, après de longs efforts, la guérison fut obtenue

Observation X. — L..., âgée de vingt-trois ans, entrée à l'hôpital de la Charité le 1er avril 1850. Habituellement bien réglée.

Il y a trois semaines, les règles venaient de cesser, et avaient duré leur temps ordinaire, quand se déclarèrent tous les symptômes qui caractérisent une *métrite*. Les *règles sont revenues* au bout de huit jours; puis, elles ont disparu pour *reparaître* une seconde fois, et quand elle est entrée à l'hôpital elles coulaient encore.

Nous constatâmes un état fébrile assez intense, avec inappétence, soif vive, envies de vomir, et vomissements, constipation, douleurs spontanées et provoquées par la pression dans la région abdominale inférieure, avec sensation de chaleur profonde au toucher, et par la palpation nous reconnûmes une augmentation de volume de l'utérus. (Sangsues, cataplasmes, bains.) Au bout de quelques jours les accidents inflammatoires locaux et généraux avaient notablement diminué. La métrorrhagie avait disparu. La convalescence commençait.

Les cinq autres observations par nous recueillies présentent la plus grande analogie avec les trois qui précèdent; nous ne les citerons pas. Dans ces cas l'action exercée par la métrite sur l'écoulement menstruel est bien nette, et bien prononcée (1), plus prononcée même que dans les autres inflammations. C'est peut-être qu'ici deux influences se réunissent pour produire un effet en quelque sorte double. Il y a une influence générale, la fièvre, qui tend à déter-

(1) Ces faits s'accordent peu avec l'aphorisme d'Hippocrate : « Si les matrices s'enflamment, les règles ne viennent pas ou ne viennent que peu et mauvaises. »

miner comme dans toutes les phlegmasies la congestion ovaro-utérine; il y a, d'autre part, une influence locale, l'épine inflammatoire fixée dans la matrice, qui appelle avec énergie vers cet organe les liquides sanguins et provoque consécutivement l'hémorrhagie (1). Ces deux influences ne sont pas égales. La première est quelquefois peu appréciable, surtout dans les métrites du col dans lesquelles la fièvre est souvent nulle ou très légère; la seconde est plus puissante et nous paraît même jouer le rôle capital dans la production de la ménorrhagie. Aussi bien, en l'absence du mouvement fébrile, la phlegmasie de l'utérus peut occasionner un écoulement de sang, comme cela se rencontre dans plusieurs cas de métrite chronique; et ce fait établit une différence notable entre l'inflammation chronique de la matrice et les autres affections chroniques qui, ainsi que nous l'avons dit, suspendent habituellement les règles.

Métrites postpuerpérales.— Nous avons observé 7 cas de métrites postpuerpérales plus ou moins intenses, et survenues à des époques différentes de l'accouchement.

Dans trois cas, la métrite, développée environ deux semaines après l'accouchement, n'a paru exercer aucune influence sensible sur l'écoulement lochial; les règles, qui se montrent en général six semaines ou deux mois après, ont été seulement retardées.

Dans les autres cas, il y a eu une action évidente plus ou moins marquée. Une fois les lochies sont devenues sanguinolentes (2); trois fois nous avons constaté une véritable hémorrhagie.

(1) Il en est de même de quelques autres hémorrhagies, l'épistaxis, par exemple, qui est déterminée par le mouvement fébrile qui accompagne les maladies aiguës, et par l'inflammation de la membrane pituitaire.

(2) M. le docteur Willemin, qui a publié dans les *Archives de médecine*, année 1847, un mémoire très intéressant sur la métrite des nouvelles accouchées, insiste de son côté sur l'état sanguinolent des lochies. Voici ses propres paroles: « Ce qui est plus constant, ce que nous avons assez sou-

Observation XI. — La nommée G...., demeurant rue Favart, est accouchée le 8 octobre 1851. Les suites de couches ont été heureuses ; néanmoins elle a conservé une douleur dans le bas-ventre et dans le côté gauche. Cinq semaines après environ, le douleurs devinrent plus vives, elles s'accompagnèrent de fièvre, et en même temps les *règles parurent*. Pendant un mois elle resta à peu près dans le même état ; les règles ou mieux l'hémorrhagie continua durant tout cet espace de temps, et chaque fois que la fièvre présentait des redoublements, la malade remarquait une augmentation dans la quantité de sang versé au dehors. Enfin, ne trouvant aucune amélioration dans sa position, elle se décida à prendre l'avis d'un médecin. Je la vis le 12 décembre. *La perte durait toujours,* il y avait de la fièvre, des douleurs vives abdominales qu'exaspérait la pression. Par la palpation on percevait une tumeur dans le bas-ventre. Le doigt introduit dans le vagin constatait une tuméfaction du corps et du col, et les mouvements imprimés à ses parties étaient transmis à la tumeur hypogastrique. Nous avions évidemment affaire à une *métrite ;* je fis appliquer sur le bas-ventre des sangsues qui soulagèrent beaucoup la malade. Dès le soir même l'écoulement sanguin s'arrêta. Une semaine plus tard des douleurs aiguës reparurent, et avec elles l'*hémorrhagie utérine*, qui cessa définitivement sous l'influence de cataplasmes, de bains, et surtout d'un repos prolongé.

Observation XII. — B...., âgée de dix-huit ans, accouchée dans le courant de l'année 1850, se leva prématurément, fit une longue course à pied et prit froid. Le lendemain de cette imprudence, elle se plaignit de douleurs de ventre, de maux de reins, de fièvres, et d'une *métrorrhagie*

vent observé, c'est *la nature sanguinolente* de l'écoulement lochial, persistant, augmentant même après la première semaine ; s'il était supprimé, cet écoulement reparaît sanguinolent, au lieu de blanchâtre qu'il était.» (Page 460, décembre 1847.)

très abondante. Elle entra à l'hôpital Saint-Antoine où elle fut soignée pour une *métrite postpuerpérale*. Elle quitta le service en voie d'amélioration, mais non complétement guérie. Sous l'influence de la marche, elle fut reprise de douleurs dans le bas-ventre et d'une *nouvelle perte utérine* qui cette fois ne dura que deux jours. Elle entra à l'Hôtel-Dieu où elle fut soignée pour une *métrite*. Au bout de quatre mois, elle passa de l'Hôtel-Dieu dans le service clinique de la Charité. Il ne restait plus alors qu'un léger engorgement chronique. Les règles avaient à peu près repris leur régularité habituelle.

Ces exemples suffisent : ils nous permettent de conclure que la métrorrhagie s'observe dans la métrite postpuerpérale aussi bien que dans la métrite non puerpérale ; et, si quelques différences existent sous le rapport de la fréquence, elles s'expliquent par cette circonstance d'un accouchement antérieur, qui s'oppose dans un cas à la manifestation des règles pendant les premiers mois qui suivent la délivrance.

Les considérations qui précèdent nous paraissent avoir quelque importance au point de vue pratique. Elles éclairent le diagnostic souvent obscur des tumeurs de l'utérus ; elles démontrent surtout l'origine inflammatoire de beaucoup de métrorrhagies inexpliquées ou rapportées à toute autre cause, et elles indiquent la meilleure thérapeutique qui leur est applicable.

ANGINE (8 cas).

Pendant l'écoulement des règles		1
Dans l'intervalle de deux époques.	Époque menstruelle coïncidant avec la période fébrile de la maladie	5
	Époque menstruelle coïncidant avec la période non fébrile de la maladie	2
		8

— Une seule fois l'angine a débuté pendant la période menstruelle. Les règles se sont aussitôt arrêtées, et n'ont pas reparu.

— 5 fois l'époque coïncidait avec le début de la maladie ; les règles ont paru dans ces 5 cas.

4 fois elles ont avancé de plusieurs jours, ou même de plus d'une semaine. L'une de ces malades, très sujette aux angines, nous racontait que chaque fois que la fièvre se manifestait, les menstrues se montraient par anticipation.

La quantité de sang excrété a été ce qu'elle est en temps ordinaire, excepté dans un cas où elle a été diminuée.

— Chez deux malades l'époque menstruelle tombait à un moment où la guérison était obtenue depuis plus d'une semaine, et comme cela s'observe dans les affections légères ou de peu de durée, les règles ont paru.

PLEURÉSIE (8 cas).

Nous avons déjà signalé l'influence de quelques cas de pleurésie compliqués de pneumonie. Nous ne nous occuperons ici que des pleurésies simples.

Pendant l'écoulement des règles		0
Règles suspendues		1
Dans l'intervalle de deux époques.	Époque menstruelle coïncidant avec la période fébrile de la maladie.	7
	Époque menstruelle coïncidant avec la période de déclin de la maladie	0
		8

— La femme chez laquelle les règles étaient suspendues était enceinte de six mois et demi. Elle fit une fausse couche le lendemain du début de la pleurésie. Nous ajouterons que cette pleurésie a été très grave ; et que, trois semaines après l'avortement, une fièvre intense persistant encore, les règles ou plutôt un écoulement de sang s'est manifesté.

— Chez l'une des 7 malades affectées de pleurésie dans l'intervalle de deux époques, il y a eu suppression des règles. Elles auraient dû paraître le jour même où s'est déclaré le frisson initial, et l'on peut jusqu'à un certain point rapprocher ce fait de ceux dans lesquels le frisson débute pendant l'écoulement des menstrues, auquel cas il les

suspend immédiatement, ainsi que nous l'avons vu précédemment.

Pour ce qui est des 6 autres malades, les règles sont venues dans les premiers jours de la pleurésie.

Chez toutes, il n'y a eu ni avance ni retard dans leur apparition.

3 fois elles ont été moins abondantes.

3 fois elles n'ont pas été modifiées dans leur quantité.

Dans 2 cas l'époque suivante n'a pas manqué.

ROUGEOLE (6 cas).

Pendant l'écoulement des règles		0
Règles suspendues		1
Dans l'intervalle de deux époques	Époque menstruelle coïncidant avec la période fébrile de la maladie	5
	Époque menstruelle coïncidant avec la période de déclin de la maladie	0
		6

— L'une de nos malades était enceinte de huit mois. La rougeole a déterminé dès les premiers jours l'avortement.

— Les 5 autres présentaient les mêmes conditions. Les règles ont paru chez toutes sans exception, et cela au début de l'éruption rubéolique, ou pendant la fièvre primaire.

3 fois elles ont avancé. Une fois de quelques jours seulement, une autre fois de quinze jours, et enfin chez une troisième malade, de vingt jours.

3 fois elles ont été moins abondantes; dans les 2 autres cas, elles ont été ce qu'elles sont habituellement.

Dans le seul cas où nous avons pu suivre la malade jusqu'à l'époque menstruelle suivante, les règles ont manqué à cette époque.

La rougeole dans les faits que nous avons été à même d'observer, montre peut-être mieux qu'aucune autre affection qu'il est impossible de juger, par la quantité de sang écoulé, si une maladie agit sur les règles pour les supprimer ou pour les provoquer. Voici en effet trois cas dans lesquels

l'hémorrhagie a été très notablement diminuée. Beaucoup de médecins, j'en suis convaincu, n'hésiteraient pas à les considérer comme des preuves que la rougeole a agi, par rapport à l'utérus, dans le sens d'une véritable dérivation, qui a empêché l'hypérémie de cet organe, et par suite l'écoulement. Quant à moi, malgré cette diminution de l'évacuation cataméniale, je les considère encore comme attestant l'aptitude de la maladie à provoquer cette hypérémie. Je me fonde sur ce que cette diminution a précisément été observée chez trois malades qui ont accusé le retour prématuré des règles. Or quand une femme, habituellement bien menstruée, est atteinte de rougeole quelques jours après une époque, et qu'immédiatement les règles reparaissent, il est impossible de ne pas reconnaître l'existence d'un état congestionnel de l'utérus, passager, si l'on veut, mais exclusivement développé sous l'influence de la maladie.

Ce que nous disons pour la rougeole, nous le pensons pour toutes les autres maladies aiguës fébriles.

SCARLATINE (4 cas).

Pendant l'écoulement des règles		1
Dans l'intervalle de deux époques	Époque menstruelle coïncidant avec la période fébrile de la maladie	2
	Époque menstruelle coïncidant avec la période de déclin de la maladie	1
		4

— Il y a eu suppression immédiate et complète chez la malade affectée de scarlatine pendant la période menstruelle. Les règles ont paru à l'époque suivante.

— Les 2 autres malades ont été menstruées dans les premiers jours de la maladie.

Chez l'une, l'époque a avancé de près de vingt jours. La quantité de sang perdu n'a pas été modifiée.

— Enfin, dans le cas où l'époque menstruelle coïncidait avec la cessation de la fièvre, mais non avec la guérison

confirmée (une anasarque scarlatineuse commençait à se déclarer), les règles ont manqué.

ICTÈRE FÉBRILE (Hépatite) (3 cas).

Dans les 3 cas, la maladie s'est développée dans l'intervalle de deux époques ; les règles ont paru pendant la période fébrile.

1 fois elles ont avancé de huit jours ;

1 fois elles ont été moins abondantes que de coutume.

EMBARRAS GASTRIQUE FÉBRILE (2 cas).

La maladie, survenue dans les mêmes conditions que précédemment, a exercé sur les règles une influence semblable : elles sont venues au début des accidents inflammatoires.

1 fois c'était l'époque voulue.

Chez l'autre malade, il y a eu avance d'une vingtaine de jours. Les règles finissaient à peine quand s'est manifesté l'embarras gastrique ; l'écoulement a reparu aussitôt.

Dans les deux cas, la quantité de sang perdu a été normale.

FIÈVRE SYNOQUE (2 cas).

Ici encore la fièvre synoque s'est déclarée dans l'intervalle de deux époques menstruelles.

Les règles n'ont pas tardé à se montrer.

Dans 1 cas elles ont avancé de près d'une semaine.

1 fois elles ont été diminuées ;

1 fois elles ont été plus abondantes.

Dans les 2 cas, l'époque suivante n'a pas manqué.

FIÈVRE INTERMITTENTE (2 cas).

Deux femmes ont été atteintes de fièvres intermittentes tierces pendant plusieurs mois, et ont noté à peu près les mêmes changements dans leur menstruation jusque-là très régulière. Le frisson supprimait le plus ordinairement

l'écoulement sanguin. Cette suppression était quelquefois complète, d'autres fois incomplète; les règles reparaissaient, soit le même jour, soit quelques jours après, et chez l'une d'elles le dérangement était tel, qu'elle était souvent menstruée tous les huit jours.

MÉNINGO-ENCÉPHALITE (2 cas).

Les cas de méningo-encéphalite sont rares dans nos observations, et l'on en comprendra facilement la raison. D'une part, en effet, la méningo-encéphalite n'est pas une affection commune dans l'âge adulte, et, d'une autre part, le délire dans lequel tombent si rapidement les malades, la terminaison si souvent fatale, ne permettent pas au médecin d'obtenir des renseignements positifs sur l'état de la menstruation. Dans un des deux cas que nous avons recueillis, les règles sont venues dans les premiers jours de la maladie ; elles ont avancé de douze jours et ont été moins abondantes.

Dans l'autre observation, la maladie s'était déclarée huit jours avant l'époque menstruelle. Des émissions sanguines très abondantes amenèrent la guérison. Les menstrues restèrent trois mois sans revenir.

DYSENTERIE (1 cas).

Dans le seul cas de dysenterie aiguë fébrile que nous ayons été à même d'observer, les règles se sont manifestées le lendemain du début de la maladie.

Elles ont avancé de cinq jours ;

Elles ont été moins abondantes.

PYÉLO-NÉPHRITE (1 cas).

Une jeune fille, habituellement bien réglée, fut prise d'une pyélo-néphrite parfaitement caractérisée le lendemain du jour où l'écoulement menstruel venait de cesser. La peau était chaude, la fièvre intense. Au bout de trois jours, les règles se montrèrent de nouveau, en même

temps qu'une épistaxis, et elles coulèrent abondamment.

ZONA FÉBRILE (1 cas).

La malade qui fait le sujet de cette observation avait eu ses règles huit jours avant le développement d'un zona fébrile très aigu. Le lendemain même du début de cette affection, les menstrues ont reparu, et elles ont duré autant qu'à l'ordinaire.

Maintenant que nous avons passé en revue la plupart des affections aiguës fébriles, il nous resterait à examiner si leur influence sur la menstruation est identiquement la même, ou si la différence de nature, de siége, etc., n'entraîne pas quelques différences dont il faille tenir compte. Des auteurs, et en particulier MM. Gendrin et Brierre de Boismont, ont pensé que les maladies aiguës qui déterminent le plus souvent des pertes utérines sont toutes celles qui modifient puissamment la circulation abdominale, et principalement la circulation de la veine porte, telles que les hépatites, les fièvres continues. Nous n'avons, quant à nous, rien observé de semblable; et nous avouons d'ailleurs ne pas très bien comprendre comment les fièvres continues ont le pouvoir de limiter leur influence à la circulation abdominale, et en quoi ces fièvres diffèrent de toutes les maladies aiguës fébriles. A part la métrite, et pour des raisons que nous avons précédemment développées, ces maladies, l'hépatite aussi bien que les autres, ne nous paraissent avoir d'action sur les règles et les métrorrhagies que par le mouvement fébrile (1) qu'elles déterminent. Les conditions les plus favorables sont celles dans lesquelles à la fièvre se joint un état particulier du sang (état de dissolution), comme cela se rencontre dans les fièvres érup-

(1) In febre enim, cum semper augeatur sanguinis velocitas, imo frequenter et copia, etiam intensius erit, quo canalium latera feriat et distendat, momentum : ità in hunc motum excitatus sanguis tenera uteri vascula, modo à nobis antea exposito, facilè perrumpet. (Freind, *De emmenologiâ*.)

tives malignes, si souvent accompagnées d'hémorrhagies. Au surplus, nos observations sont là ; et, en les parcourant, le lecteur pourra s'apercevoir que toutes les maladies aiguës fébriles, abstraction faite de quelques différences (1) qui s'effaceraient peut-être devant des faits plus nombreux, se comportent à peu près de même vis-à-vis de la menstruation.

Influence des règles sur les maladies aiguës fébriles.

Nous étudierons l'influence des règles :

1° Sur le développement des maladies ;

2° Sur leur marche et leur terminaison.

1° Quelques auteurs ont prétendu que les femmes, pendant la période menstruelle, sont plus sensibles aux différentes causes morbifiques, et qu'il est très commun de voir les affections aiguës débuter à cette époque. Je ne sais sur quelles données repose cette opinion ; mais ce que je suis tenté d'affirmer, c'est qu'elle est, comme notre science en fournit malheureusement tant d'exemples, un produit pur de l'imagination et non le résultat d'une rigoureuse observation. Il eût fallu, ce semble, préalablement établir par des faits suffisamment nombreux, que les maladies se sont déclarées de préférence pendant l'écoulement menstruel. Or, où sont les faits démonstratifs ? Je ne les trouve nulle part, ou plutôt je constate que, sur 236 cas recueillis par nous, 17 seulement concernent des femmes qui sont tombées malades pendant les règles, proportion assurément peu favorable à l'assertion que nous combattons en ce moment. Mais, quand même cette proportion eût été beau-

(1) Il nous a semblé que la fièvre typhoïde avait amené moins souvent que d'autres maladies (variole, rhumatisme, érysipèle, etc.) l'anticipation des règles ; et que la pleurésie avait moins d'action que la pneumonie, ce qui pourrait tenir à l'intensité en général plus grande du mouvement fébrile dans cette dernière maladie.

coup plus considérable, serait-on en droit de conclure que c'est l'état dans lequel se trouve la femme menstruée, l'état cataménial, si je puis m'exprimer ainsi, qui a préparé l'invasion de l'affection aiguë? Pour combien d'entre elles, d'ailleurs, ne faut-il pas admettre une période antérieure, souvent silencieuse, la période d'incubation, qui présuppose l'introduction, dans l'économie, d'un principe spécial, plusieurs jours, plusieurs semaines même avant l'apparition des menstrues (1).

Nous devrions rechercher actuellement si la non-manifestation des règles à l'époque accoutumée, si surtout leur suppression brusque, sont des causes capables de déterminer l'explosion d'une maladie aiguë fébrile. Mais nous avons déjà traité ce point assez longuement pour n'avoir pas besoin d'y revenir. Nous avons dit que, si l'on s'en rapportait aux affirmations des malades, on serait souvent conduit à penser que la suppression des règles a été le point de départ des accidents, tandis que l'analyse attentive des faits et de leur succession démontre, au contraire, que l'interruption de l'écoulement menstruel est l'effet et non la cause déterminante de l'affection. Nous avons dit, encore, que, dans les quelques cas où le premier phénomène observé est la suppression des règles, il nous paraît plus naturel, plus en rapport avec les notions étiologiques et pathogéniques que nous possédons, d'admettre que les symptômes (et ici nous ne parlons que des maladies aiguës fébriles bien caractérisées) se sont déclarés sous l'influence même qui a produit l'aménorrhée, à savoir le refroidissement. Nous n'avons guère fait d'exception que pour l'utérus et ses annexes qui nous paraissent susceptibles de s'enflammer directement à la suite des troubles

(1) C'est ainsi que Fincke, dans l'histoire qu'il a donnée de l'épidémie bilieuse du comté de Tecklembourg, indique l'éruption des règles comme ayant suffi pour occasionner la maladie. Qui oserait soutenir que, dans cette circonstance, il y a eu autre chose qu'une pure coïncidence?

survenus dans la menstruation, c'est-à-dire dans la fonction à l'accomplissement de laquelle concourent ces mêmes organes.

2° Abordons maintenant l'un des points les plus importants et en même temps les plus controversés de notre sujet. Je veux parler de l'influence qu'exercent les règles sur la marche et la terminaison des maladies aiguës fébriles.

Les médecins qui, sur la foi des auteurs anciens et modernes, pensent que les affections aiguës fébriles ont pour résultat ordinaire de supprimer les menstrues, ont pu se demander si, dans les cas où les règles apparaissaient pendant la maladie, ces règles exerçaient une influence quelconque, favorable ou défavorable, si en un mot elles étaient *critiques*. Pour eux, en effet, c'était bien là un phénomène insolite, extraordinaire, et on sait que les anciens ne reconnaissaient de crise légitime que lorsqu'il se produisait brusquement un grand changement, consistant, soit dans l'apparition d'un nouveau symptôme, soit dans l'exagération d'un symptôme déjà existant.

Pour nous qui espérons avoir prouvé, les faits à la main, que les règles se montrent toujours ou presque toujours dans le cours d'une maladie aiguë fébrile, nous ne pouvons véritablement nous poser cette question ni accepter comme une crise ce qui n'est en réalité qu'un phénomène très ordinaire de ces affections. Cette raison si péremptoire suffirait assurément; toutefois, nous croyons devoir à une opinion qui a été professée, et qui l'est encore par tant d'hommes illustres, d'entrer dans le cœur de la question, et d'examiner, nous plaçant sur le terrain même de nos adversaires, jusqu'à quel point ils ont été fondés à admettre le caractère critique de l'évacuation menstruelle.

Hippocrate est, de tous les médecins de l'antiquité, celui qui a noté avec le plus de soin l'état de la menstruation.

En différents passages de ses écrits et particulièrement dans les livres des *Epidémies* (3e constitution du livre I, 7e, 11e, 12e malade du livre III, etc.), ce grand et fidèle observateur de la nature signale l'apparition des règles dans le cours des affections aiguës, et, conséquent avec sa doctrine, il leur fait jouer un rôle considérable dans la marche et la terminaison de ces mêmes affections. Comme ses observations servent encore aujourd'hui de base à l'opinion des partisans des crises, nous croyons devoir les discuter ici avec toute la sérieuse attention qu'elles comportent :

« La femme de Cléomène, vers l'époque où souffle le » zéphyr, eut à la suite de nausées et de lassitudes une » douleur dans le côté gauche, qui commença par le cou » et l'épaule : fièvre, frissonnement et sueur. La fièvre » s'établit dès lors, n'eut point de relâche, mais alla crois- » sant. Douleur intense, toux, expectoration sanguinolente » jaune, abondante; langue blanche, selles modérées, li- » quides; urine bilieuse. Le quatrième jour dans la nuit, » les règles vinrent en abondance, la toux cessa ainsi « que l'expectoration et la douleur. Il ne resta que peu de » chaleur fébrile. » (VIIe livre des *Épidémies*, traduction de M. Littré.)

Dans cette observation, il s'agit, en effet, nous le croyons, d'une pleuro-pneumonie. Mais quel est le degré, quelle est l'étendue de cette pneumonie? C'est ce qu'Hippocrate ne dit pas, c'est ce qu'il ne pouvait pas dire, et cependant ce qu'il importerait essentiellement de connaître. Car, sans ces détails, et sans une description plus complète de l'état de la malade immédiatement avant et après l'apparition des règles, il nous paraît impossible de tirer une conclusion rigoureuse et d'apprécier exactement la part qui revient dans la guérison à l'écoulement menstruel.

Ces remarques sont encore plus applicables au fait

suivant intitulé : *Engorgement enlevé par la sueur et les règles.*

« Chez la femme d'Hippostrate, à la suite d'une fièvre » quarte, il y eut un engorgement. Cette femme paraissait » évidemment un peu refroidie. Invasion sur tout le corps » et sueur. Ce fut une crise, et après cela les règles coulè- » rent abondamment et longtemps; car elles étaient sup- » primées et l'engorgement ne sembla pas persister. » (IIe livre des *Épidémies*, 3e section, 13.)

On ne peut mieux juger que dans cette observation quelle large extension Hippocrate donnait au mot *crise*. Il est question d'un accès de fièvre quarte avec frisson, chaleur et sueur. La détente se manifeste comme cela se rencontre ordinairement, au moment de la sueur; celle-ci disparue, l'accès est terminé. Or, il n'entrera à coup sûr dans l'esprit d'aucun médecin de notre époque, de prétendre que la transpiration a guéri la fièvre intermittente et l'engorgement. C'est là cependant l'interprétation qui semble résulter des paroles d'Hippocrate; et dès lors, il n'y a plus lieu de s'étonner que, les règles venant à couler, il ne leur attribue aussi une action curative.

Forestus passe pour l'un des auteurs qui ont donné les meilleures observations, si j'en juge par le soin scrupuleux avec lequel il est cité, toutes les fois qu'il s'agit des règles critiques. C'est mon devoir de les examiner.

Dans le livre I, nous trouvons l'observation 20, intitulée : *De muliere sanguineâ febre synocho putri corruptâ, quæ mensium fluore desiit.* Cette observation est trop longue pour être rapportée textuellement, mais en voici le fidèle résumé : « Femme de trente ans, affectée d'une fièvre in- » flammatoire continue putride ou synoque très grave. Le » deuxième jour de l'invasion, le pouls étant fréquent et » plein, une saignée de plus d'une livre est pratiquée et » elle procure une nuit calme. Le troisième jour au matin, » douleur au côté droit se dirigeant vers l'abdomen, toux

» Un purgatif donné à la malade détermine d'abondantes » garde-robes et est suivi d'un soulagement notable. Le » quatrième jour, la fièvre reparaît avec tension, douleur, » pesanteur des lombes. Le soir, les règles commencent à » couler et durent jusqu'au septième jour. La fièvre dis- » paraît ce même jour. » Et Forestus ajoute : *Ita maximâ cum laude, Deo adjuvante, à febre sanguineâ vehemente in septem diebus præter opinionem multorum sanata est.* Ainsi, de l'aveu de Forestus, la fièvre synoque a duré sept jours, quoique les menstrues aient paru le quatrième jour. Mais c'est la durée ordinaire de ces sortes de fièvres, et on ne voit pas qu'elle ait été diminuée par l'écoulement sanguin. Peut-on dire que cet écoulement a contribué à l'issue heureuse de la maladie ? pas davantage. Car la fièvre synoque se termine en général favorablement, et les symptômes, dans le cas particulier, avaient perdu dès le second jour toute leur gravité. D'ailleurs, on ne comprendrait pas pourquoi, dans un cas, l'apparition des règles constituerait une crise favorable, tandis que, dans un autre cas semblable, elle annoncerait une crise mauvaise. C'est cependant ce que Forestus admet ; car, à la même page, il rapporte l'histoire d'une femme également atteinte de la fièvre synoque putride. Quoique le lendemain les règles eussent commencé à couler et duré jusqu'au sixième jour, la malade n'en tira aucun profit, la fièvre alla croissant, et la mort survint le onzième jour : *Fuit infida crisis*, ajoute Forestus. Mais ce qu'il n'indique pas, c'est la cause qui a fait que le même phénomène a exercé dans un cas une influence heureuse, et dans l'autre a été sans efficacité. N'est-ce pas la meilleure preuve que la terminaison de ces deux fièvres synoques a été indépendante de l'écoulement menstruel ?

L'observation 35 du livre XVI a pour titre : *De pleuritide sanguineâ per sputum deinde et per menses criticâ expurgatione finitâ.*

« Une jeune fille de vingt-cinq ans est prise subitement » d'un frisson suivi de fièvre et d'un point de côté à » gauche. Le premier jour, pas d'expectoration. Le » deuxième jour, crachats sanguinolents. Une saignée est » pratiquée. Le troisième jour, la douleur continuant, on » ordonne une nouvelle saignée, un purgatif et un lini- » ment. La douleur s'apaise. Le quatrième jour, l'urine a » meilleur aspect, les crachats sont cuits ; la malade se » plaint de coliques dans le bas-ventre, de douleurs lom- » baires qui présagent l'apparition des menstrues. Elles » viennent, en effet, abondamment ; la douleur de côté » avait disparu et l'expectoration était diminuée. Le cin- » quième jour, la malade s'étant levée eut froid, et, à la » suite d'un nouveau frisson, fut prise de fièvre dans son » lit. La douleur de côté se fit de nouveau sentir, mais lé- » gère, et bientôt elle fut calmée par des sueurs provoquées » et par le liniment. » Forestus termine ainsi : *Denuò sputum excrevit, et mensibus satis fluentibus in septimo die decretorio hæc curata fuit.* Évidemment encore, ici, on ne voit rien dans cette observation qui démontre une influence quelconque des règles ou de l'expectoration sur l'issue de la maladie, et justifie le titre adopté par Forestus.

Je rapporterai encore le fait suivant, quoique je n'aie pu le retrouver dans l'ouvrage de Forestus ; mais, comme M. Brierre de Boismont l'invoque en témoignage, nous devons nous y arrêter un moment :

« Une jeune personne, âgée de dix-sept ans, éprouva à » la suite d'une vive frayeur une suppression et des accès » épileptiques très violents. On prescrit des saignées, des » évacuants, des anti-épileptiques ; tout est inutile. Trois » jours après, petite-vérole confluente ; et, le sixième, hé- » morrhagie utérine qui devient copieuse et continue jus- » qu'au douzième jour ; terminaison favorable non seule- » ment de la petite-vérole, mais encore des attaques » d'épilepsie. »

Ainsi voilà une jeune fille chez laquelle trois jours avant l'éruption d'une petite-vérole confluente, on remarque des accès épileptiques et une suppression des règles. Forestus ne parle pas des symptômes qui ont précédé l'éruption, mais il est assurément très permis de penser qu'il y a eu pendant deux à trois jours (temps ordinaire de l'invasion) de la fièvre, de la céphalalgie, de la courbature, etc., quelques prodromes en un mot. C'est donc au commencement de cette période prodromique que s'est déclarée l'épilepsie et que les règles se sont supprimées. Eh bien ! nous ne croyons pas trop nous avancer en affirmant que ces accès d'épilepsie, survenus si brusquement et disparus de même, n'étaient autre chose que des convulsions, comme on en rencontre quelquefois chez les enfants au début de la variole. Quoi d'étonnant dès lors que, la fièvre éruptive terminée, la prétendue épilepsie se soit trouvée guérie ; d'un autre côté, le flux menstruel, un moment supprimé, a reparu dans le cours de la maladie comme nous l'avons constaté si souvent ; mais il ne peut revendiquer aucune part dans l'heureuse terminaison de la variole, pas plus que dans la disparition du symptôme *convulsion*.

Nous venons de rapporter les principales (1) obser-

(1) Nous avons dit que la plupart des auteurs du XVIIe et du XVIIIe siècle, dans leurs recherches sur l'influence des règles pendant les maladies aiguës, ne s'étaient guère préoccupés que de la variole. Si l'on cherche à apprécier leur manière de voir touchant le caractère critique de l'éruption menstruelle, on trouve une confirmation de nos idées dans les opinions contradictoires émises par ces auteurs ; tandis que Van-Swieten, Borsieri, Mead, Morton, etc., considèrent la manifestation des règles comme favorable ou plutôt sans gravité, Frédéric Hoffmann, Diemerbroeck, etc., la regardent comme extrêmement redoutable.

Neque observari unquam menstruum fluxum nocuisse hoc morbo decumbentibus, licet ipso eruptionis (variolarum) tempore contingeret. Non impediebatur eruptio inde ullo modo. (Van-Swieten, tome V, page 81.)

Cavendum tamen est, ne catameniorum eruptio tam in primo stadio, quam in sequentibus continuo, vel in non amplius menstruatis cum vulgo,

vations sur lesquelles les auteurs, et en particulier MM. Gendrin, Brierre de Boismont et d'Heurle, s'appuient pour admettre le caractère critique des règles. On s'étonnera sans doute que ces auteurs n'aient pas préféré, aux descriptions anciennes nécessairement incomplètes et sujettes à contestation, des faits plus récents empruntés à leur pratique et auxquels leur talent bien connu d'observation aurait donné une valeur considérable. Ces faits auraient eu l'avantage de servir en même temps de démonstration aux propositions suivantes que je trouve formulées dans leurs ouvrages, et eussent été d'autant plus désirables que MM. Brierre de Boismont et d'Heurle arrivent quelquefois, ainsi qu'on en peut juger, à des conclusions diamétralement opposées.

Au début d'une affection, le flux menstruel est sans aucune utilité ; souvent même il aggrave les symptômes. (Brierre de Boismont, p. 448.)

Au début, l'évacuation menstruelle diminue la longueur de la maladie. (D'Heurle, p. 21.)

Quand, au contraire, une maladie aiguë marche avec la plus grande intensité vers le summum de son période, si les règles surviennent, les symptômes se dissipent souvent tout à coup, et la convalescence s'établit ; mais lorsqu'elles manquent, il y a fréquemment alors une exaspération dans les symptômes, une sorte de perturbation. (Brierre de Boismont, p. 449.)

pro malo perniciosoque signo habeatur ; nam sæpe sinè ullâ noxâ hujus modi evacuatio, modum non excedens, supervenire visa est. (Borsieri, *De variolis.*)

Neque periculo vacat quando menses primis diebus, vel in suppuratione erumpunt copiosiores, id quod eam plerumque ob causam accedit, quod sanguinis missio neglecta est. (Frédéric Hoffmann.)

Idque in hoc morbo etiam alias multoties a nobis observatum, cum valida sit sanguinis ebullitio et copiosissimæ variolæ prosiliant, sine febris et symptomatum imminutione, tunc pessimum, imo lethale signum esse, si menstrua extra periodi tempus erumpant. (Diemerbroeck, *De variolis et morbillis.*)

A une époque plus avancée, le flux utérin influence d'une manière avantageuse l'intensité et la terminaison de la maladie. (D'Heurle, p. 21.)

Suivant de Bergen, si le commencement de la crise tombe à l'époque de la menstruation et qu'il survienne du frisson avec une petite toux, cela annonce un écoulement abondant des règles; ou, si elles ne coulent qu'en petite quantité et qu'elles se suppriment bientôt, c'est le commencement prochain d'une nouvelle maladie aiguë. (Brierre de Boismont, p. 449.)

Au déclin (1), l'influence des règles est nulle, si elle n'est pas fâcheuse. (D'Heurle, p. 22.)

Pour toutes les maladies des organes sus-diaphragmatiques, l'arrivée du flux menstruel est bien plus heureuse; son action est bien plus manifeste que pour celles qui affectent les organes contenus dans la cavité abdominale. (D'Heurle, p. 23.)

Nous regrettons encore une fois que les propositions qui précèdent ne soient pas appuyées sur des faits nombreux et décisifs; mais ce que nous pouvons dire, c'est que les observations que nous avons été à même de faire sont loin de leur être favorables. Chez nos 236 malades, nous avons noté l'apparition du flux menstruel aux diverses phases de l'affection aiguë, le plus ordinairement

(1) Nous ne pouvons nous contenter, pour la démonstration de cette proposition, du fait suivant que M. d'Heurle emprunte à la thèse de Frederich Gotlieb Panner (*De fluxu mensium febribus acutis et malignis superveniente ut plurimum funesto*, 1753) : une jeune fille mourut le treizième jour d'une pleurésie, les règles étant apparues chez elle le huitième et l'expectoration s'étant supprimée. Dans cette thèse et dans quelques autres analogues d'auteurs allemands (*De affectibus mensium morbis supervenientium*, par Jean Sigismond Sicheling); (*De initio mensium fine morborum*, par Hartman Brebizius); (*Dissertatio inauguralis de fine mensium initio morborum variorum opportuno*, par Simon Titius); (*Dissertatio inauguralis de initio mensium initio morborum*, par Sam. Godefr. Saher), on ne trouve pas cette rigueur dans l'observation, si nécessaire aux progrès de notre science.

au début, rarement à la fin, quelquefois au milieu ; nous l'avons trouvé diminué, augmenté, avancé, retardé, supprimé, normal, etc. Jamais nous n'avons remarqué la moindre influence qui fût rigoureusement imputable à l'état de la menstruation. Est-ce à dire que nous rejetions absolument cette influence ? Non. Nous ne pouvons affirmer qu'une chose, c'est que nous ne l'avons pas constatée par nous-même, et que les preuves fournies par les auteurs ne nous ont pas paru suffisantes.

Maintenant, s'il faut l'avouer, nous sommes disposé à croire que, dans certains cas de congestion utérine, l'écoulement menstruel est susceptible d'opérer un dégorgement très avantageux de la matrice, et mériter le nom de *critique* au même titre que l'épistaxis dans la congestion cérébrale, ou le coryza. Nous parlons de la congestion et non de l'inflammation de l'utérus. En effet, nous avons vu que les hémorrhagies, si abondantes quelquefois, qui s'observent dans la métrite, ne sont d'aucune utilité pour la guérison de la maladie. Tout au contraire, la cessation de l'écoulement sanguin est un indice de la diminution des accidents inflammatoires. Nous différons sur ce point avec M. Brierre de Boismont, qui pense que, dans les maladies aiguës et subaiguës de la matrice, le retour des règles coïncide avec une amélioration marquée dans la santé des femmes (p. 456).

Nous accepterions encore, par exception, qu'une ménorrhagie ou métrorrhagie abondante et subite pût, jusqu'à un certain point, remplacer une ou plusieurs émissions sanguines et exercer une influence heureuse sur quelques symptômes d'une maladie aiguë, peut-être même sur la maladie elle-même (1).

(1) C'est ce qui semble avoir eu lieu dans le fait suivant que rapporte M. Andral au chapitre des pleurésies sans épanchement : « Une jeune » femme lava du linge à la rivière plusieurs jours de suite pendant le » cours du mois février 1822 ; à la suite de ce genre de travail, auquel elle

Enfin, nous pensons que, dans quelques cas infiniment rares, l'hémorrhagie menstruelle est capable, par son abondance, d'ajouter à la gravité de la maladie, absolument encore comme l'épistaxis, qui, dans la fièvre typhoïde, constitue quelquefois un symptôme redoutable.

En dehors de ces circonstances tout à fait exceptionnelles, qu'il ne nous a pas été donné de rencontrer, et qui sont plutôt relatives aux métrorrhagies qu'à l'écoulement menstruel proprement dit, les règles ne nous paraissent pas, je le

» n'était pas accoutumée, elle fut prise d'une vive douleur au-dessous » de la mamelle droite ; le troisième jour elle entra à l'hôpital ; alors elle » respirait difficilement, les inspirations étaient courtes, comme arrêtées » par la douleur, celle-ci très vive augmentait aussi par le mouvement, la » percussion et la toux ; l'expectoration était nulle, le pouls fréquent et » dur, la peau brûlante et sèche. Le bruit d'expansion pulmonaire s'en- » tendait un peu plus faible du côté droit (saignée, application de sang- » sues sur le côté douloureux). Le quatrième jour la respiration était un » peu plus libre et la douleur moins vive ; d'ailleurs, même état. Dans la » matinée du cinquième jour, la dyspnée avait considérablement aug- » menté, ainsi que la douleur ; aucun signe n'annonçait cependant que » quelque épanchement eût commencé à se faire dans la plèvre. La malade » était dans un état d'anxiété extrême, elle se plaignait d'éprouver de la » pesanteur et une chaleur incommode dans les régions lombaire et ingui- » nale. Une nouvelle saignée fut prescrite. A peine avions-nous quitté » son lit qu'elle fut prise tout à coup d'une abondante hémorrhagie utérine. » A mesure que le sang coulait, la malade se sentait notablement soulagée. » Elle perdit environ 3 livres de sang. Dans l'après-midi la respiration était » libre, la douleur très obtuse, le pouls à peu près naturel, en un mot » cette femme avait passé en peu d'heures d'un état très grave à la conva- » lescence. Le jour suivant, retour des forces et de la convalescence. »

Dans ce cas, assurément le plus concluant de tous ceux que nous avons discutés, il n'est pas possible de nier l'influence heureuse qu'a eue sur la maladie cette métrorrhagie. Le seul doute qui reste dans l'esprit après la lecture de cette intéressante observation est relatif à la nature de l'affection présentée par cette femme. Une pleurésie sans épanchement est un fait rare, dont la possibilité a même été contestée par beaucoup de médecins. S'il ne s'agissait que d'une pleurodynie fébrile et de cet état d'anxiété et de douleur qui précèdent quelquefois une hémorrhagie copieuse et l'éruption des règles en particulier, on comprendrait à merveille qu'un écoulement aussi abondant de sang eût fait disparaître comme par enchantement tous les accidents.

répète, exercer d'influence sur la marche et la terminaison des maladies aiguës fébriles.

Des indications thérapeutiques relatives à la menstruation dans les maladies aiguës fébriles.

Les circonstances dans lesquelles peuvent se présenter des indications thérapeutiques relatives à la menstruation, sont les suivantes :

1° La maladie aiguë fébrile se déclare quelques jours avant l'époque attendue des règles.

2° Les règles se manifestent dans le cours de la maladie.

3° Les règles ont été brusquement supprimées par le développement de la maladie.

4° Les règles ont cessé de paraître à la suite de la maladie.

—1° et 2° Dans les deux premiers cas que nous avons supposés, la conduite du médecin est la même, et elle peut se formuler ainsi : *Agir exactement comme si les règles ne dussent pas venir ou ne fussent pas venues.* En d'autres termes, si le cas exige des émissions sanguines générales ou locales, des vomitifs, des purgatifs, des médicaments spéciaux, etc., il faut obéir à l'indication, quelle qu'elle soit, fournie par la maladie, sans s'inquiéter de la menstruation. N'oublions pas, en effet, qu'il s'agit ici des affections aiguës fébriles, toujours plus ou moins graves et dans lesquelles un retard, une hésitation peuvent avoir immédiatement ou dans l'avenir les plus funestes conséquences. Ne voyons-nous pas encore tous les jours des médecins qui, soit conviction, soit déférence coupable pour un préjugé malheureusement enraciné dans l'esprit de la plupart des femmes, craignent de déranger l'évacuation menstruelle et attendent qu'elle ait cessé pour attaquer le mal. Qu'en résulte-t-il ? C'est que l'apparition des règles étant, ainsi que nous l'avons dit, un phénomène habituel dans les maladies ai-

guës fébriles, ces médecins sont réduits à perdre un temps précieux dans une dangereuse inaction. Encore, si les règles tenant lieu d'une émission sanguine exerçaient une influence heureuse sur les symptômes! Mais nous avons vu ce qu'il fallait penser de cette assertion. Du reste, hâtons-nous de reconnaître que la pratique que nous conseillons est celle que l'on trouve indiquée par les auteurs anciens et modernes, Hippocrate, Van-Swieten, Stoll, Dehaen, MM. Gendrin, Brierre de Boismont, d'Heurle, etc. Ajoutons que c'est celle que suivent tous nos maîtres dans les hôpitaux. Quant aux médecins qui sont d'avis de respecter la menstruation, il est remarquable qu'ils se sont le plus souvent laissé diriger par une idée préconçue. Ce qu'il eût fallu d'abord mettre hors de toute contestation, c'est que l'emploi des principaux moyens thérapeutiques (émissions sanguines, vomitifs, purgatifs, bains, etc.) entraîne inévitablement la suppression des règles; et, ce premier point bien établi, on aurait pu se demander s'il ne valait pas encore mieux risquer de troubler la fonction menstruelle en arrêtant les progrès de la maladie. La question même posée dans ces termes, le choix, il me semble, n'eût pas été douteux. Mais ce n'est pas ainsi que l'on a procédé; on a supposé tout d'abord ce qu'il fallait démontrer. Or, l'expérience a prouvé que les agents thérapeutiques ont beaucoup moins d'action sur les règles pour les supprimer qu'on ne le croit généralement. C'est un fait évident pour moi, du moins en ce qui touche les émissions sanguines. Voici à cet égard quelques observations concluantes :

Observation XIII. — L..., vingt-cinq ans, entrée le 25 mars 1851 à la Charité (salle Saint-Vincent, nº 23), atteinte d'un rhumatisme articulaire aigu, a été saignée quatre fois dans les trois premiers jours. *Les règles ont paru après la seconde saignée*, et non seulement elles n'ont été ni supprimées ni retardées, mais encore elles ont avancé de huit jours. De même, les deux saignées qui ont

été pratiquées pendant l'écoulement menstruel ne l'ont pas empêché d'avoir sa durée habituelle.

Observation XIV. — C... (Joséphine), quarante-six ans, entrée le 9 mars 1851 à la Charité (salle Saint-Vincent, n° 22) pour y être traitée d'une pneumonie. Le 9 au soir, la veine fut ouverte et la *saignée* fut répétée deux fois le lendemain 10 mars. *Les règles se montrèrent* dans la nuit du 10 au 11 mars avec leur abondance accoutumée. Pendant qu'elles coulaient, la potion stibiée fut administrée, qui détermina des vomissements et des garde-robes. Les menstrues ne parurent aucunement modifiées.

Observation XV. — La nommée H..., trente-cinq ans, fut affectée, à la suite d'un refroidissement, d'une angine fébrile assez intense. Elle fit appeler un médecin de la ville qui ordonna une *saignée*, après toutefois s'être informé préalablement de l'époque précise de la menstruation qu'il craignait, disait-il, de troubler. Or il arriva que les *règles*, qui n'étaient attendues par la malade qu'au bout de huit jours, *apparurent* presque aussitôt et durèrent comme à l'ordinaire cinq à six jours.

Observation XVI. — Le 30 avril 1850, nous reçûmes à la Charité (Sainte-Anne, 19) la nommée B.... Annette, âgée de vingt ans, domestique. Les règles étaient venues le 20 avril à leur époque, au milieu d'une parfaite santé, et avaient duré trois jours. Le 29 avril, douleur aiguë rhumatismale au genou gauche, avec fièvre, rougeur, gonflement. *Saignée*, le jeudi 1er mai ; *les règles reparaissent le même jour*. Le vendredi 2 mai, on appose sur le genou 40 sangsues qui coulent très abondamment. Les règles continuent (il lui semble cependant que, pendant cette application, la quantité du sang menstruel diminue un peu). Au lieu de trois jours, elles durent cinq à six jours.

Observation XVII. — E. B...., trente-quatre ans, habituellement bien réglée, a subi l'influence épidémique de l'hiver 1850 — 1851, et est entrée à la salle Sainte-Anne

avec une grippe violente qui a nécessité une *émission sanguine générale*. Le jour même de la saignée, les *règles* qui avaient cessé une semaine auparavant, *reparaissent*, et durent quatre jours, mais un peu diminuées.

De pareils faits ont été observés par Fred. Hoffmann, Van-Swieten (1), MM. Gendrin, Brierre de Boismont et sans doute une foule de médecins. Nous ne voudrions pas affirmer avec M. Gendrin que, loin de supprimer les règles, la saignée les fait paraître souvent; attendu que nous pensons que la plus grande part de ce résultat, sinon ce résultat tout entier, revient, ainsi que nous avons cherché à le prouver dans ce mémoire, à l'affection aiguë fébrile : mais nous tenions à démontrer que les émissions sanguines ne s'opposent pas en général à la manifestation des menstrues, et ne les suppriment pas quand elles ont paru.

— 3° Les règles ont été brusquement supprimées par le développement de la maladie.

Ici encore la conduite du médecin est extrêmement simple et facile : *ne se préoccuper que de la maladie, et nullement de la menstruation.* Nous ne saurions en effet trop nous élever contre la pratique des médecins qui dans un cas pareil s'efforcent par tous les moyens possibles de rappeler l'écoulement sanguin. Nous avons prouvé que le plus souvent la suppression était la conséquence et non la cause de la maladie, nous n'avons donc même pas ce prétexte étiologique invoqué par quelques uns d'entre eux pour agir directement sur l'hémorrhagie utérine.

D'un autre côté nous ne saurions admettre avec les autres que de cette suppression résulte nécessairement un

(1) Certum est, quod venæ sectiones in morbis factæ, vel et in sanis mulieribus, quæ quotannis assueverant sanguinis missionibus, raro mutent solitam periodum, imo et aliquando accelerent eamdem, quod aliquoties vidi. Hoffmannus (tome II, page 464), multiplici edoctus experientiâ, affirmat etiam vulgò compertum esse, sectâ ante tempus menstruorum venâ, liberiorem eorum fluxum fieri (Van-Swieten, *Morbi virginum*, tome IV, page 356).

état de pléthore qui se manifeste par des signes évidents et tend à aggraver les accidents généraux des affections fébriles. Nos observations ne nous ont nullement démontré que les cas dans lesquels il y avait eu suppression, eussent été plus sérieux et plus difficiles à guérir que les autres; d'ailleurs, s'il en était ainsi, rien n'empêcherait de proportionner les antiphlogistiques aux symptômes existants. La seule question que l'on pourrait agiter serait de savoir s'il ne serait pas utile de remplacer la saignée du bras soit par la saignée de la saphène, soit par des sangsues ou ventouses appliquées aux cuisses. Nous avouons trouver à cette pratique plus d'inconvénients que d'avantages. Il est rare qu'une saignée du pied, surtout si elle doit être renouvelée plusieurs fois, fournisse une quantité suffisante de sang, et nous croyons, d'autre part, que des émissions sanguines locales ne sont pas aptes, dans bien des cas, à suppléer les saignées générales.

Je n'ai pas besoin de dire que, si de cette interruption des règles résultaient (ce que je n'ai jamais vu) des phénomènes de congestion et d'inflammation du côté de l'utérus et des ovaires, un traitement spécial devrait être institué.

— 4° Les menstrues ont cessé de paraître à la suite de la maladie.

Nous avons dit que l'aménorrhée qui succède à une maladie aiguë est le plus ordinairement passagère et qu'elle se dissipe d'elle-même à mesure que la constitution momentanément affaiblie recouvre son énergie primitive. Quoique les femmes se préoccupent beaucoup de cette disparition de leurs règles et sollicitent avec instance du médecin des remèdes qui les fassent revenir, il n'y a pas en général utilité à se rendre à leur désir; la seule indication qu'il y ait à remplir, c'est de rétablir le plus rapidement et le plus complétement possible les forces du convalescent par une bonne hygiène et un régime approprié.

Il est cependant quelques cas dans lesquels on a vu cette

aménorrhée, que rien n'explique plus en apparence, persister pendant plusieurs années, toute la vie même, et entraîner avec elle, entre autres accidents, la stérilité. Dans ce cas, on pourra essayer de diriger un traitement spécial vers l'utérus, en ne négligeant pas toutefois la recherche des causes morbides dont l'absence de la fonction ovarienne n'est, le plus souvent, que l'effet.

En résumé, on peut déduire des observations et des remarques contenues dans ce mémoire les propositions suivantes :

1° Toutes les maladies aiguës fébriles exercent sur les régles une influence à peu près égale.

2° Cette influence varie suivant que les maladies se développent pendant l'époque menstruelle, ou dans l'intervalle de deux époques.

3° L'invasion a-t-elle lieu pendant les règles? L'écoulement sanguin est ordinairement supprimé. Cette suppression peut être complète ou incomplète. Dans ce dernier cas l'écoulement reparaît au bout de quelques heures, de plusieurs jours, presque constamment diminué. Les malades sont portées à accuser la suppression d'être la cause du développement des accidents fébriles. C'est le contraire qui existe. Dans les quelques cas où une maladie aiguë fébrile bien caractérisée se déclare après la suppression des règles, il faut y voir une conséquence du refroidissement subit qui a déterminé la suppression elle-même.

4° Quand une affection aiguë fébrile se développe dans l'intervalle de deux époques menstruelles, si l'époque prochaine n'est pas éloignée du début de la maladie, autrement dit, si la fièvre persiste encore à ce moment, les règles ne sont pas supprimées. Bien plus, le mouvement fébrile paraît favoriser leur manifestation en déterminant vers l'utérus et les ovaires une congestion hémorrhagipare plus ou moins prononcée.

5° L'époque qui tombe pendant la période décroissante non fébrile de la maladie, ou pendant la convalescence, manque le plus ordinairement; ou bien, si elle a lieu, l'écoulement est notablement diminué. Cette différence dans le résultat semble dépendre de la durée de l'affection et du traitement mis en usage. L'aménorrhée secondaire, quelquefois persistante, ne s'observe guère en général plus de 1 à 3 mois.

6° L'éruption menstruelle ne prédispose en aucune façon aux maladies.

7° Les règles n'exercent aucune influence appréciable sur l'issue des affections aiguës fébriles.

8° La marche et la terminaison en sont les mêmes, que les menstrues soient supprimées, ou qu'elles apparaissent, qu'elles soient diminuées ou augmentées, qu'elles avancent ou qu'elles retardent, qu'elles se montrent au début ou à la fin des maladies, etc.

9° Dans le traitement des affections aiguës fébriles, le médecin doit se préoccuper avant tout de la maladie.

10° Il est extrêmement rare que la menstruation fournisse des indications thérapeutiques spéciales.

11° Si les règles sont sur le point de paraître, si même elles ont paru, il faut agir absolument comme si les règles ne dussent pas venir ou ne fussent pas venues.

12° Les émissions sanguines ne s'opposent en général ni à l'apparition ni à l'écoulement des menstrues.

13° La brusque suppression des règles par le développement d'une maladie aiguë fébrile, l'aménorrhée consécutive à cette maladie, n'exigent pas en général un traitement particulier.

Rapport sur le mémoire de M. Hérard, ayant pour titre : Influence des maladies aiguës fébriles sur les règles, et réciproquement.

Rapporteur, M. TRÉLAT. — 12 novembre 1851.

Les médecins de tous les temps, de tous les lieux, ont reconnu l'importance physiologique et pathologique de l'hémorrhagie mensuelle des femmes. Plus de vingt aphorismes d'Hippocrate sont consacrés à cette fonction. On y lit, en termes beaucoup trop exclusifs sans doute : *Tota mulier est in utero.* Et Van Helmont reproduisit et exagéra encore cette pensée, en écrivant : *Propter solum uterum mulier est id quod est.*

Sydenham, Boerrhaave, Van-Swieten, Haller, Burdach, Huxham, Glaser, Francus, Astruc, Thomann, Hopfe, Ettler, Boehmer, et tous nos contemporains, ont publié, ou des traités spéciaux, ou des fragments de travaux sur la menstruation.

Et pourtant après tant d'études, « il est un des côtés de » la question, dit M. Hérard, que son importance pratique » semblait désigner à l'avance aux recherches des obser- » vateurs, et qui a été jusqu'ici à peine examiné. Consultez » les traités généraux de médecine, ceux de pathologie » spéciale, les monographies les plus complètes : rarement, » dans ces ouvrages si riches de détails, vous trouverez » des renseignements précis sur la manière dont se com- » portent vis-à-vis de l'hémorrhagie menstruelle les mala- » dies aiguës en général, et telle ou telle affection fébrile » en particulier. »

Cette assertion est peut-être exagérée. Du moins a-t-on peine à croire que Stahl, dès 1710, en écrivant : *De fine mensium initio morborum opportuno ;* Alberti en 1725 : *De initio mensium initio morborum ;* Panzer en 1755 : *De fluxu mensium febribus acutis et malignis superveniente;*

Gehler en 1793 : *Catameniorum phænomena in muliere sanâ et ægrotante*, n'aient pas déjà lumineusement entrevu toute la profondeur du sujet.

M. Hérard a eu sur eux l'avantage de venir plus tard, d'arriver riche de ce qu'ils avaient fait, de ce qu'ils avaient laissé à faire, et de trouver son champ de travail remué dans ces derniers temps par les idées nouvelles de Cuvier, d'abord, sur l'unité de loi qui régit les fonctions de la génération chez tous les mammifères, et ensuite par MM. Duvernoy et Pouchet sur la théorie de l'ovulation.

M. Hérard profite d'un autre bienfait : c'est d'appartenir à cette école positive de Paris qui s'éclaire de toutes les lumières, sait exprimer le bien de chaque époque, puiser le vrai à toutes les sources et ne rien laisser passer sans en tirer quelque fruit.

Cela dit, tâchons d'apprécier selon son mérite le travail important qu'il vient de présenter à la Société médicale des hôpitaux.

C'est le relevé ou plutôt la résultante de 236 observations recueillies pour la plupart à l'hôpital de la Charité pendant la durée des fonctions de chef de clinique qu'y a exercées l'auteur du mémoire.

Ces 236 observations se trouvent ainsi réparties :

Variole	47 cas.
Fièvre typhoïde	36
Rhumatisme articulaire	35
Érysipèle	30
Pneumonie et pleuro-pneumonie	18
Bronchite	15
Métrite	15
Angine	8
Pleurésie	8
Rougeole	6
Scarlatine	4
Ictère fébrile	3
Embarras gastrique fébrile	2
	227

Report. . . .	227 cas.
Fièvre synoque	2
Fièvre intermittente.	2
Méningo-encéphalite	2
Dyssenterie.	1
Pyélo-néphrite.	1
Zona fébrile.	1
	236

Quoique plusieurs maladies du cadre nosologique ne soient pas représentées dans ce tableau, il existe une telle uniformité dans les résultats fournis par des affections de nature très dissemblable, qu'on ne peut douter, dit l'observateur, que les considérations qui s'appliquent aux unes ne fussent tout aussi véridiquement applicables aux autres, à cette condition toutefois qu'elles appartiendraient à la catégorie des *affections aiguës fébriles.*

Sur 155 observations de maladies déclarées dans l'intervalle de deux époques menstruelles, les règles n'ont été supprimées que cinq fois, savoir : dans trois rhumatismes, un érysipèle et une pleurésie. Dans tous les autres cas, c'est-à-dire 150 fois, l'écoulement périodique s'est manifesté, presque toujours prématurément sous l'influence de l'action morbide.

Ce résultat se trouve en opposition avec l'opinion exprimée par presque tous les auteurs.

Plusieurs même de notre époque ont cédé, comme cela arrive si souvent, à l'autorité du passé. La moitié des pages de nos livres est remplie d'erreurs qui sont respectueusement transmises d'âge en âge. Pour le fait ici examiné, il semble à votre rapporteur, s'il en juge par sa propre expérience, que tous les médecins attentifs doivent être en mesure de confirmer, par les faits qu'ils ont rencontrés, l'exactitude de ceux que rapporte M. Hérard. Qui de nous ne voit journellement les règles paraître, avancer, revenir, persister même au delà de leur durée ordinaire pendant le cours des affections sérieuses ? « Non seulement,

» dit M. Hérard, une maladie aiguë fébrile grave ne s'oppose » pas en général au libre écoulement des menstrues, mais » souvent elle l'excite et le provoque. Une affection aiguë » fébrile, qu'elle se nomme *variole*, *rhumatisme* ou *pneumo-* » *nie*, me paraît avoir pour effet de déterminer vers l'uté- » rus et l'ovaire une congestion suivie tôt ou tard d'une » hémorrhagie d'abondance variable. Les cas les moins » sujets à contestation, sont ceux dans lesquels les règles, » qui n'auraient dû paraître que quelques semaines après » le début de la maladie, se montrent avant le temps ac- » coutumé, avançant ainsi de dix, de quinze, de vingt » jours. J'ai noté 71 fois cette anticipation des règles, bien » évidemment provoquées par l'affection fébrile. Dans » d'autres circonstances non moins probantes, l'hypérémie » utérine et l'hémorrhagie se reproduisent dans le cours de » la même maladie aussi souvent que les exacerbations ou » les rechutes. »

Au milieu des observations bien tracées que rapporte l'auteur et qu'il a recueillies lui-même, il en est une qu'il emprunte et que votre rapporteur regrette de trouver en si bonne compagnie : « Une jeune dame de vingt et un ans, » bien portante, d'une excellente constitution, nourrissait » sa fille ; les seins étaient très développés, abondamment » pourvus de lait, lorsqu'elle reçut une nouvelle qui lui » causa une si vive émotion que son lait fut tout à coup » tari. En vain employa-t-on les moyens en usage pour » rappeler cette sécrétion, il fallut sevrer l'enfant. Cette » disparition du lait fut suivie d'une aménorrhée qui per- » sista durant huit ans. Pendant cette longue interruption » de ses règles, elle ne cessa d'avoir des rapports avec son » mari ; à vingt-neuf ans, elle fut prise de la rougeole ; à » peine les symptômes de la fièvre éruptive se furent-ils » manifestés que les seins commencèrent à se tuméfier ; » bientôt le lait coula en abondance et l'on fut obligé » d'avoir recours à de petits chiens pour débarrasser les

» mamelles de la grande quantité de liquide qui s'y accu-
» mulait. Lorsque la rougeole fut terminée, les accidents
» de la sécrétion laiteuse allèrent en diminuant; mais ce
» qu'il y a de plus remarquable, c'est que les menstrues
» qui n'avaient pas paru depuis huit ans se montrèrent
» comme de coutume. Trois mois après, cette dame de-
» vint enceinte et elle accoucha d'une fille qui vint au
» monde bien conformée. »

Ce fait est assurément fort curieux, dit M. Hérard. Votre rapporteur le trouve trop curieux. Tout en sachant qu'il s'en trouve de pareils dans les livres, il ne peut se décider à y ajouter une foi entière et est fort aise qu'il ne figure que pour mémoire dans le travail sérieux dont vous écoutez l'analyse.

Il regrette de ne pouvoir, dans ce résumé rapide, s'arrêter aux considérations intéressantes que M. Hérard consacre au développement des affections aiguës dans l'état de grossesse et aux proportions qu'il cherche à établir entre les diverses maladies comme causes d'avortement. D'après les faits recueillis, ce ne seraient pas les affections les plus graves qui détermineraient le plus de fausses couches, mais les chiffres invoqués sont trop faibles jusqu'ici, et en attendent d'autres pour avoir une valeur scientifique.

Poursuivant l'idée qui domine son sujet, l'ancien chef de clinique de la Charité produit 79 autres cas de maladie aiguë dans lesquels les règles ont paru à l'époque accoutumée, et après avoir ensuite cherché à évaluer, autant qu'il lui a été possible de le faire, la quantité de sang perdu, il trouve que 73 fois l'écoulement n'a pas été modifié dans sa quantité; que 39 il a été plus abondant, à ce point que quelquefois il a constitué une véritable perte; que 38 il a été diminué tantôt peu, tantôt beaucoup, à tel degré dans une dizaine de circonstances que ces derniers cas se rapprocheraient de ceux dans lesquels la maladie a déterminé la suppression des menstrues.

Tout ce travail ne s'applique qu'aux affections aiguës fébriles. Le mouvement fébrile est essentiellement lié à la production de la fluxion ovaro-utérine et de l'hémorrhagie qui en est la conséquence. Il domine la nature de la maladie; et une différence si tranchée sépare à cet égard l'état aigu de l'état chronique, que la fièvre même dans cette dernière catégorie est impuissante à contrebalancer l'effet des cachexies, dont le propre est d'amener à la longue la suppression des menstrues.

On peut dire que l'influence exercée sur les règles, d'un côté par les affections chroniques, et de l'autre par les affections aiguës fébriles survenues dans l'intervalle de deux époques, est diamétralement opposée, et s'il fallait, continue M. Hérard, formuler ma pensée dans une proposition générale, au risque de l'exagérer pour en mieux faire saisir l'esprit, je dirais :

Les maladies chroniques suppriment les règles ;

Les maladies aiguës fébriles les provoquent.

La connaissance de ce fait pourrait quelquefois servir au diagnostic des unes et des autres.

Quand l'époque des règles coïncide avec une période avancée de la maladie ou avec la convalescence, alors que la fièvre a notablement diminué ou complétement disparu, le plus souvent l'écoulement sanguin ne se manifeste pas, et cette aménorrhée secondaire pourra persister un, deux, trois mois, six mois, un an, davantage même; ordinairement de un à trois mois. Quelquefois les règles paraîtront, mais alors elles auront presque toujours subi une diminution et un appauvrissement marqués.

Ces différences semblent en général dépendre de la nature, de l'intensité, de la longue durée de la maladie, et aussi du traitement mis en usage. Plus les symptômes

auront été graves et la médication débilitante, plus l'affection aura eu de durée, et plus aussi les menstrues auront de tendance à se supprimer et à faire attendre leur retour : c'est ainsi que dans la variole, la fièvre typhoïde, la suppression est un phénomène qui admet peu d'exceptions, tandis qu'il est rare dans une simple angine dont la période fébrile n'aura pas dépassé un septénaire.

Dans le nombre des faits observés par M. Hérard, 17 fois la maladie aiguë fébrile s'est déclarée pendant l'écoulement des règles, et 16 fois sur 17, le résultat a été le même : suppression immédiate de l'éruption menstruelle. C'est, en général, au moment du frisson initial que cet effet se produit. Tantôt, cette suppression persiste pendant toute la durée de la maladie ; tantôt, le flux périodique reparaît au bout d'un nombre de jours variables, 1, 2, 12, plus ou moins, mais dérangé dans son cours normal, il est la plupart du temps peu abondant, irrégulier, se montrant un jour et cessant le lendemain pour revenir encore.

Votre rapporteur voudrait suivre l'auteur du mémoire qu'il a sous les yeux dans l'appréciation rigoureuse qu'il fait de la priorité de la maladie par rapport à la suppression, et de la filiation des symptômes dans des circonstances en général mal appréciées. La question importante de l'interruption des lochies, considérée comme cause des affections puerpérales, celle de la rétrocession des dartres et de la disparition des exanthèmes, n'échappent point à l'observateur qui n'hésite point à dire que presque toujours une cause interne a précédé la suppression des règles, des lochies, d'une dartre ou d'une affection quelconque de la peau.

Une partie considérable de son œuvre est consacrée à

l'étude de la menstruation dans chaque état morbide en particulier, maladie par maladie, et il résulte de cet examen, que leur influence, partout où il y a acuité fébrile, est à peu près la même, indépendamment des variétés de nature, des variétés de tissus, des variétés de région.

La dernière partie du mémoire adressé à la Société médicale des hôpitaux, s'applique au revers de la question traitée en premier lieu, c'est-à-dire à l'influence des règles sur le développement des maladies, sur leur marche et sur leur terminaison.

L'auteur y combat tout d'abord l'opinion soutenue que les femmes sont, pendant la période menstruelle, plus sensibles aux différentes causes qu'en tout autre moment, et qu'il est très commun de voir les affections aiguës débuter à cette époque. Or, il établit sa contradiction sur des chiffres : sur 236 cas recueillis, 17 seulement concernent des femmes tombées malades pendant la menstruation. Là, comme sur beaucoup d'autres points, on s'est livré aux idées préconçues, au lieu de les éprouver par l'observation.

La question des crises vient ensuite. Les médecins qui, sur la foi des auteurs anciens et modernes, pensent que les affections aiguës fébriles ont pour résultat ordinaire de supprimer les menstrues, ont pu se demander si, dans les cas où les règles apparaissaient pendant la maladie, elles exerçaient une influence quelconque favorable ou défavorable, si en un mot elles étaient critiques.

M. Hérard qui a prouvé, les faits à la main, que les règles se montrent toujours ou presque toujours dans le cours des affections aiguës fébriles, ne peut plus accepter comme crise ce qui n'est en réalité pour lui qu'un phénomène très ordinaire; mais pourtant il croit devoir à une opinion qui a été professée et qui l'est encore par tant

d'hommes illustres, de l'examiner à fond; et il a raison de traiter ce point de doctrine avec ménagement et avec respect. Ce n'est point seulement dans la divinité d'Hippocrate et dans l'autorité des siècles qu'il puise sa valeur. Il a eu et il a encore sa raison d'être : chacun de nous a vu trop souvent quelques gouttes de sang écoulées naturellement, soit par les narines, soit par le vagin, produire une bien autre détente qu'une déplétion artificielle décuple ou centuple, pour vouloir nier absolument les crises et pour n'y plus voir qu'une erreur transmise d'âge en âge. M. Hérard a mis tous les faits qu'il a recueillis au service de son idée, mais il a parcimonieusement collecté les faits contraires. Il n'en prend que deux à Hippocrate, quatre à Forestus, puis quelques pensées extraites des écrits de MM. Gendrin, Brierre et d'Heurle. Toutefois, hâtons-nous de dire, que, modéré dans sa critique des opinions établies, M. Hérard se borne plutôt à les éclairer qu'à les nier.

« Ayant, dit-il, noté l'apparition du flux menstruel aux diverses phases de l'affection aiguë, le plus ordinairement au début, rarement à la fin, quelquefois au milieu, je l'ai trouvé diminué, augmenté, avancé, retardé, supprimé, normal; je n'ai jamais constaté la moindre influence qui fût imputable à l'état de la menstruation. Est-ce à dire que je rejette absolument cette influence? Non. Je ne puis affirmer qu'une chose : c'est que je ne l'ai pas constatée par moi-même et que les preuves fournies par les auteurs ne m'ont pas paru suffisantes. Maintenant, s'il faut l'avouer, je suis disposé à croire que, dans certains cas de congestion utérine, l'écoulement menstruel est susceptible d'opérer un dégorgement très avantageux de la matrice et peut mériter le nom de critique au même titre que l'épistaxis dans la congestion cérébrale ou le coryza. J'accepterais encore, quoique plus difficilement, qu'une ménorrhagie ou métrorrhagie abondante et subite pût jusqu'à un certain point remplacer une ou plusieurs émissions sanguines et

avoir une influence heureuse sur quelques symptômes d'une maladie aiguë, peut-être même sur la maladie elle-même. »

Je n'en veux pas davantage. Cette déclaration suffit pour laisser à chacun son droit. M. Hérard peut être fondé à dire que dans les affections aiguës, si le cas exige des émissions sanguines générales ou locales, des vomitifs, des purgatifs, des médicaments spéciaux, il faut obéir à l'indication, quelle qu'elle soit, fournie par la maladie, sans s'inquiéter de la menstruation. On ne doit point oublier, en effet, qu'il s'agit là d'un état grave, où un retard, une hésitation, peuvent avoir immédiatement ou dans l'avenir les plus funestes conséquences. Qu'il continue sa tâche : il ne suffit pas d'avoir une pensée neuve, il faut la suivre comme l'enfant dont on soutient les premiers pas. L'auteur d'une idée la jette éphémère dans le monde ; ce n'est que la persévérance qui la féconde pour l'avenir. Mais nous avons raison aussi, nous, de maintenir toute l'importance d'une fonction dont le retour régulier ou irrégulier se lie étroitement avec l'état bien ordonné de la santé ou avec ses dérangements, dont les anomalies, si elles ne sont pas toujours cause des maladies qui les accompagnent, s'unissent souvent du moins trop indissolublement à leur invasion, à leur marche, à leur durée et à leur terminaison pour qu'on songe à les en isoler et qu'on puisse en contester l'influence.

Je suis forcé de réprimer ici ma tentation de parler des lésions de l'intelligence chez la femme, sujet d'étude où les fonctions propres à ce sexe doivent être prises en si sérieuse considération. L'auteur me dirait qu'il n'a compris dans son cadre que les affections aiguës fébriles. Je n'ai donc pas la parole ou du moins je ne l'ai plus que pour conclure :

M. Hérard a fait un travail nourri de faits, témoignant d'un bon esprit d'observation, clairement énoncé, utile

dans ses applications. Votre rapporteur a l'honneur de vous proposer :

1° Le renvoi de ce mémoire au comité de publication.

2° L'admission immédiate de son auteur au nombre de nos membres titulaires.

OBSERVATION

DE

SOMNIATION SPONTANÉE

AVEC

CONVULSIONS HYSTÉRIFORMES ET CHLOROSE CONSÉCUTIVE :

DÉVELOPPÉE CHEZ UNE ENFANT DE NEUF ANS, SOUS L'INFLUENCE DE CAUSES MORALES ; MOMENTANÉMENT GUÉRIE PAR LE FER. — RÉCIDIVE (A L'OCCASION DE LA PREMIÈRE MENSTRUATION, QUI A LIEU A DIX ANS ET DEMI), CARACTÉRISÉE SURTOUT PAR DES ACCÈS DE MANIE FURIEUSE AVEC CONVULSIONS ÉPILEPTIFORMES, ET GUÉRIE PAR LA MÉTHODE D'INTIMIDATION.

PAR M. MOISSENET.

Mademoiselle X..., Américaine, a quitté les Grandes-Antilles à l'âge de huit ans, vers la fin de l'année 1849, pour venir habiter Paris avec toute sa famille. Habituellement bien portante, quoique d'une constitution délicate; ressemblant à ses sœurs aînées par sa chevelure noire et crépue et par la coloration brune de sa peau, elle se distinguait déjà par l'éclat et la vivacité de son regard, l'expression fine et intelligente de sa physionomie, l'extrême mobilité de son humeur. Enfant gâtée et capricieuse, elle était sujette, depuis l'âge de quatre ans, à des colères et à des emportements que l'on n'avait presque jamais cherché à apaiser autrement que par l'accomplissement de ses moindres désirs. Chérie surtout de son

grand-père, qu'elle aimait passionnément, elle trouvait dans les soins bienveillants et dans les conversations du respectable vieillard une grande satisfaction d'amour-propre et tous les éléments d'une éducation précoce. En juin 1850, ces conditions particulières ayant été brusquement changées par le fait de la maladie de M. X... et l'impossibilité où il se trouva dès lors de s'occuper de sa petite-fille, l'enfant ne tarda pas à devenir triste, languissante, et, après quelques jours de malaise, pendant lesquels on remarquait la pâleur de sa face, l'abattement de son regard, elle dut s'aliter. Du 1er au 25 juillet, elle présenta les symptômes d'une fièvre typhoïde, qui furent heureusement modifiés par l'usage alternatif des purgatifs doux et des bains tièdes. Mais je dois omettre ici des détails inutiles à l'observation, pour appeler l'attention sur l'état mental de la jeune malade, pendant le cours de cette affection. Continuellement préoccupée de la maladie de son grand-père, elle ne cessait d'en demander des nouvelles, et, bien qu'on s'efforçât de lui cacher ce qui se passait, *elle paraissait le deviner*. Le 9 juillet, jour de la mort de M. X..., la malade avait été avertie en rêve du malheur qui la frappait. Les nuits suivantes, elle avait vu son grand-père *venant de l'autre monde pour lui dire adieu*. Aussi quand plus tard on abandonna avec elle le système de dénégation qu'on s'était cru obligé d'opposer à son chagrin et à ses pleurs, l'aveu de la vérité ne lui causa-t-il presque aucune émotion. Ce n'était plus une nouvelle, mais la confirmation d'un fait accompli qui lui avait été révélé en songe.

Dans les premiers jours d'août, l'enfant était en pleine convalescence, et, vers le milieu du mois, elle entrait en pension. L'appétit, la régularité des digestions et les forces étaient revenus. La taille était sensiblement accrue. Pendant le reste de l'année, la santé fut assez bonne pour que l'on pût se passer tout à fait de mes conseils. Dans le cou-

rant des mois de janvier et de février 1851, la jeune pensionnaire eut quelques défaillances passagères, tantôt à l'occasion de contrariétés fort légères, tantôt à la suite de coups ou de simples chocs reçus en jouant avec ses compagnes. En mars, on nous avertit qu'elle était sujette à des attaques de nerfs qui consistaient en une perte subite de connaissance, accompagnée ou suivie de mouvements convulsifs très variés. A dater du 1er avril, la malade, ramenée dans sa famille, fut l'objet d'une surveillance de tous les instants. Couchée auprès de sa belle-mère, elle passait ses nuits à dormir d'un sommeil profond, qui ne parut jamais troublé ni par des rêves pénibles ni par des accès de somnambulisme. Pendant le jour, elle était souvent triste; également dégoûtée du travail et de ses amusements habituels. D'une sensibilité et d'une affectuosité plus vives que jamais; ne sachant trop ce qu'elle voulait, désirant retourner à la pension, puis refusant d'y aller lorsqu'on paraissait décidé à l'y reconduire; restant souvent immobile, sans mot dire, les yeux fixes, et puis sortant de cet état d'*extase* pour pleurer. S'endormant quelquefois lorsqu'elle était assise, puis se levant en sursaut pour appeler son grand-père mort, sa tante absente, et pleurant à chaudes larmes lorsqu'on la rappelait à la réalité. Le plus souvent étrangère aux conversations qui avaient lieu devant elle, ou n'y prenant part qu'accidentellement et brusquement, comme si elle sortait d'un rêve. Mais ce qui frappait surtout l'attention et faisait à la fois l'étonnement et la douleur des personnes qui l'entouraient, c'était ce qu'on appelait *les attaques*. Quatre, cinq ou six fois par semaine, en plein jour et jamais pendant la nuit, à jeun comme après les repas, toujours à la maison et jamais dans la rue, l'enfant était prise d'un besoin irrésistible de dormir, fermait les yeux, et *perdait complétement l'usage de ses sens*. Il fallait lui parler très haut et à plusieurs reprises, lui serrer le bras et le secouer assez fort pour

chasser ce singulier sommeil. Alors c'étaient des plaintes, douces d'abord, puis véhémentes; et, enfin, des gestes énergiques d'impatience. Elle mordait avec assez de force les mains qui la gênaient, et, lorsqu'elle n'y pouvait parvenir, elle tournait sa fureur contre elle-même et se mordait les poings. Le plus souvent, le sommeil continuait, quoi qu'on fît. Et l'enfant rêvait tout haut de son grand-père qu'elle aimait tant; puis, plus tard, de sa tante, dont le souvenir, pendant la veille, était toujours plus ou moins uni à celui de son grand-père. Le retour à l'état normal, spontané ou provoqué, était toujours signalé par des convulsions cloniques, générales ou partielles, des pleurs et des sanglots. Au réveil, la face exprimait plus ou moins l'anxiété et l'effroi. Une de ces attaques ayant duré plus longtemps que les autres, le 25 avril, je pus arriver avant sa fin, et je trouvai la malade sur un lit dans le décubitus dorsal, la face pâle, les yeux fermés, les mâchoires serrées, sans écume à la bouche. Extension forcée des bras et des jambes, les poings fermés; puis, mouvements alternatifs de pronation et de supination, brusques et saccadés. Plus tard, flexion et extension alternatives des membres supérieurs et inférieurs, s'opérant avec assez de violence pour surmonter nos efforts contentifs. Enfin, les yeux s'ouvrent largement, restent fixes; l'ouïe, comme la vue, paraissent encore abolis. Aux mouvements convulsifs succède la résolution des membres. Puis, peu à peu, surviennent les pleurs, les sanglots et le réveil des sens. L'enfant regarde avec étonnement les figures bouleversées des assistants. Elle écoute les questions qui lui sont adressées, n'y répond pas d'abord, puis seulement par des monosyllabes.

Les tisanes de tilleul et de fleur d'oranger, les potions éthérées, différentes préparations antispasmodiques et les bains entiers; plus tard, les sirops de quinquina et de valériane à la dose de 15 à 30 grammes de chacun par jour;

quelques prises de rhubarbe ; tous ces remèdes, aidés par les conditions hygiéniques les plus salutaires, savoir, promenades prolongées, distractions variées en rapport avec l'âge et les goûts de la malade; alimentation réparatrice sans aucun mélange excitant : toutes ces médications n'eurent aucun résultat satisfaisant. Les attaques se répétèrent chaque jour avec intensité et en nombre croissant. Pendant leur durée, on se bornait à contenir et à surveiller les mouvements sans les empêcher tout à fait; parfois, on appliquait des sinapismes aux jambes, surtout lorsque la face était le plus congestionnée. Enfin on avait recours aux inhalations ammoniacales, qui ont eu plusieurs fois la singulière propriété d'éveiller la malade et de faire avorter les mouvements convulsifs.

Le 18 mai, notre honorable collègue, M. le docteur Blache, ayant été appelé en consultation, il fut décidé que l'on ferait prendre à l'enfant, chaque matin à jeun, une pastille de chocolat contenant 1 centigramme de poudre de belladone et 5 centigrammes d'extrait ; que cette dose serait triplée en quinze jours; que l'on administrerait de nouveau la rhubarbe, tant pour relever l'appétit que pour évacuer les vers intestinaux s'il y en avait. Les selles, examinées avec soin, ne contenaient ni vers lombrics ni ascarides. La belladone n'exerça aucune action favorable sur l'affection convulsive. Mais, vers le dixième jour, la céphalalgie et quelques légers troubles de la vision nous obligèrent d'en suspendre l'emploi. Du 25 au 28 mai, on compta chaque jour cinq, six, et jusqu'à sept attaques d'intensité variable. Et cependant une circonstance particulière, qui aurait dû venir en aide au traitement, agissait depuis quelques jours de la façon la plus favorable sur le moral de la malade. La soupçonnant nostalgique, et craignant qu'elle ne fût incurable par le seul fait de la prolongation de son séjour à Paris, j'avais parlé du retour en Amérique comme d'un moyen de guérison, et, au su

de la jeune fille, les préparatifs du départ étaient commencés, bien qu'il ne pût s'effectuer que dans le courant d'octobre.

Le 27, à neuf heures du matin, je pus suivre une attaque de son début à sa fin. Pendant que l'on me faisait le récit de ce qui s'était passé la veille, la jeune malade est prise de somnolence bientôt suivie d'un sommeil qui paraît profond, à en juger du moins par le ronflement léger qui l'accompagne, par le calme et l'immobilité des traits de la face et par la résolution complète des membres. Mais tout à coup la figure s'anime, les yeux s'entr'ouvrent à demi. L'enfant appelle sa tante faiblement d'abord, en marmottant tout bas son surnom d'amitié, puis en criant avec force. Alors les gestes suivent la voix, le corps étendu sur le canapé est soulevé brusquement par un mouvement de totalité qui a pour points d'appui les talons et l'occiput, et pour moyen d'action toutes les puissances musculaires de la partie postérieure du cou, du tronc et des membres. Leur contraction convulsive fait aussitôt place à celle des muscles antérieurs ; et d'un seul bond l'enfant est debout et s'élance sur les traces de sa tante, à qui elle prodigue les expressions de l'affection la plus tendre et la plus passionnée. Retenue par quatre mains à la fois, elle crie, pleure, se désole et supplie qu'on la laisse courir après l'objet de sa vision. Pour vaincre toute résistance, elle cherche à mordre, et ses efforts dégénèrent en convulsions cloniques générales de la plus grande intensité. Ses yeux sont largement ouverts, fixés alternativement vers la fenêtre et vers la porte. Elle veut voir d'abord et puis courir dans la rue. Entièrement absorbée par son idée fixe, elle ne reconnaît pas les personnes qui l'entourent. Cependant elle paraît entendre la voix et sentir la main de son père qui est à ses côtés, surveillant ses mouvements désordonnés, et lui crie ces mots : « Je t'aime, je t'aime ! » afin de réparer, nous le croyions

du moins, les tentatives qu'elle a faites tout à l'heure pour le mordre. Mais cette protestation, vingt fois répétée, toujours sur le même ton et comme réponse unique à diverses questions faites tour à tour par les parents et par moi-même, cette protestation que chacun de nous avait pu prendre pour soi finit par être adressée nettement à la tante chérie, et n'est à vrai dire qu'une des phases de la vision qui continue malgré tant de causes d'interruption. Quoique ayant les yeux ouverts, la malade ne semble point éveillée. J'approche mes mains de ses pupilles sans faire clignoter les paupières. Quoique je sois en face d'elle, elle ne me voit pas ; car elle me laisse approcher de son nez un flacon d'ammoniaque. A peine les vapeurs ammoniacales ont-elles pénétré dans les fosses nasales que l'enfant est rejetée en arrière, vivement, comme par une commotion électrique, et ses extrémités supérieures et inférieures s'agitent convulsivement et d'une manière dangereuse pour l'entourage. Mais l'accès n'est diminué ni dans son intensité ni dans sa durée. En effet, le sommeil et la vision continuent. Après un moment de calme pendant lequel elle était restée libre, l'enfant s'élance vers la fenêtre, d'où elle regarde sans voir autre chose que sa tante qui passe tout habillée de noir. Pure hallucination ! car en ce moment même, nous ne distinguons dans la rue, au milieu d'une quantité considérable de passants à pied ou en voiture, aucune femme en deuil. Cependant l'enfant quitte brusquement la fenêtre, traverse salon, salle à manger, antichambre, ouvrant les portes avec une rapidité extraordinaire, et en un clin d'œil se trouve à la porte d'entrée où on la retient. Ramenée sur le canapé où avait commencé l'attaque, elle n'est pas encore éveillée. Ses gestes et ses paroles ne cessent d'exprimer la pensée et le sentiment qui dominent tout son être ; l'arrivée de sa tante à Paris et le vif désir de la revoir. Alors sous ses yeux largement ouverts je verse de l'eau fraîche dans le creux

de ma main et la lui jette en pleine figure. Cette sensation, qu'elle eût certainement prévue et cherché à éviter si elle n'eût été privée de vue, lui cause une surprise beaucoup moins vive qu'on aurait pu le craindre. Aussitôt elle ferme les yeux, puis bâille plusieurs fois en étendant les bras comme au sortir du sommeil, frotte lentement ses paupières avec ses deux mains et enfin les ouvre naturellement en jetant autour d'elle des regards étonnés. Elle ne paraît rien comprendre au désordre extrême de sa toilette, et elle ne conserve aucun souvenir de ce qui vient de se passer. Sauf un peu de fatigue, elle se trouve bien et n'a plus la moindre envie de dormir. La durée de cette attaque a été de quinze minutes à peu près. Dans une de ses attaques de la veille, qui avait présenté la plus parfaite ressemblance avec celle-ci, l'enfant était parvenue à franchir la porte de l'escalier, et, du quatrième étage où elle demeure, à descendre jusqu'au premier, où elle avait sonné vivement, toujours dans l'espoir de découvrir sa tante.

Interrogée plusieurs fois par ses parents et par moi-même dans l'intervalle de ces attaques sur ce qu'elle pensait de l'arrivée de sa tante à Paris, l'enfant persistait à y croire et s'indignait jusqu'à l'emportement lorsqu'on lui soutenait le contraire. Ainsi l'erreur du rêve se continuait pendant la veille, et je pouvais redouter que cette idée fixe et ces hallucinations ne fussent un commencement de folie. D'ailleurs le nombre et l'intensité croissants des attaques aggravaient singulièrement le pronostic. Frappé de la pâleur de la malade, ne sachant trop du reste à quelle cause attribuer des accidents si bizarres, je me rattachai à la pensée de la chlorose, qui s'accompagne si souvent de perturbations profondes du système nerveux. Malgré l'absence de bruit de souffle bien marqué au cœur et dans les vaisseaux, je désirais essayer un traitement ferrugineux. Mais le cas était trop grave, les inquiétudes

de la famille trop vives pour qu'un essai semblable fût entrepris sous ma seule responsabilité.

Le 29 mai, M. le docteur Blache fut rappelé, et pendant que je le mettais au courant de ce qui s'était passé depuis notre dernière consultation, la jeune malade, qui était dans une pièce voisine, fut prise d'un accès incomplet, qui pouvait être considéré comme une ébauche de celui dont je viens de donner les détails. Le sommeil du début, quoique violemment troublé par une inhalation de vapeurs ammoniacales, n'en fut pas moins suivi comme précédemment par des cris et des gestes significatifs qui prouvaient la répétition de la vision accoutumée. Le retour à l'état de veille s'opéra promptement, mais l'idée fixe persista opiniâtrément. Frappé de cette circonstance, l'honorable consultant commençait à croire comme moi que nous serions obligés d'avoir recours aux lumières de ceux de nos collègues qui font leur étude spéciale des maladies mentales. Toutefois, en attendant, il fut convenu que la malade serait soumise, au moins pendant quelques jours, au traitement suivant :

Matin et soir, avant les deux principaux repas, une et successivement deux et trois pastilles de chocolat, contenant chacune 5 centigrammes de fer réduit par l'hydrogène. — Trois bains sulfureux par semaine. Dès le début de ce traitement, l'appétit qui jusque-là était resté languissant, devint meilleur; la malade reprit des forces, et les attaques diminuèrent d'intensité et de nombre, à tel point que le 3 juin, c'est-à-dire au cinquième jour du traitement, après deux bains sulfureux et quinze pastilles, les accès, réduits à deux et même un seul par jour, ne consistaient plus que dans la reproduction de quelques symptômes isolés. Ainsi, tantôt c'était une perte de connaissance momentanée, tantôt une contraction tétanique passagère des muscles postérieurs du cou ou des mâchoires; tantôt quelques mouvements de torsion convul-

sive des membres supérieurs suivis d'une respiration haute, suspirieuse, et de larmes.

Le 10 juin, ces accès, incomplets eux-mêmes, avaient disparu; l'enfant avait repris toute sa raison et prétendait n'avoir jamais cru ni jamais dit que sa tante était venue à Paris. Le traitement a été continué pendant tout le mois de juin et la première semaine de juillet. A cette époque, l'enfant, ayant pris quinze bains sulfureux et 9 grammes de fer réduit par l'hydrogène, se plaignit d'une céphalalgie gravative, qui m'engagea à cesser l'emploi du fer; et, quelques jours plus tard (le 15 juillet), un rhume fit suspendre l'usage des bains sulfureux. Cette dernière affection, d'abord légère, ne tarda pas à prendre les principaux caractères de la coqueluche. Les quintes de toux convulsive, substituées pour ainsi dire aux accidents nerveux que le traitement ferrugineux et sulfureux avait fait disparaître, résistèrent à tous les moyens employés contre les bronchites vulgaires, et furent peu à peu amendées par l'administration, suivie pendant plusieurs jours, d'une, deux, et même trois pilules composées chacune de 1 centigramme d'extrait thébaïque et de 5 centigrammes d'extrait de belladone. Mais elles ne disparurent complétement qu'au retour des attaques.

Les 14, 15 et 16 août, après deux mois d'interruption des attaques, la jeune malade présente un changement notable dans son humeur. Elle perd de nouveau sa gaieté naturelle, devient morose et mélancolique, s'inquiète de son avenir, de celui de sa famille, et même de son pays, ravagé par le choléra. Elle exprime à plusieurs reprises la crainte de mourir bientôt et de ne plus revoir les parents qu'elle a laissés en Amérique. Il faut qu'on lui répète souvent qu'on l'aime, et, plusieurs fois par jour, elle met son père, sa belle-mère et ses sœurs dans le cas de lui renouveler cette protestation d'amitié. Impatiente, pleureuse, elle passe brusquement de cet état d'humeur cha-

grine à un rire bruyant et hébété, qui fait un contraste pénible avec les manières douces et distinguées qui lui sont habituelles. Le 16, étant assise à table pour déjeuner, tenant d'une main sa fourchette et de l'autre son verre, comme si elle voulait boire après avoir mangé, elle reste immobile, la tête penchée sur son assiette, s'endort, et, un moment après, se met à converser avec son grand-père mort, sa grand-mère et sa tante absentes. Sa figure exprime la satisfaction. On cherche à la réveiller en lui passant trois ou quatre fois sous le nez un flacon débouché rempli d'ammoniaque. Elle s'irrite et demande en pleurant pourquoi on l'arrache à si douce compagnie, puis elle s'éveille tout à fait et fond en larmes.

Les jours suivants furent signalés par de violents accès de toux convulsive, par des bizarreries d'humeur et des caprices extraordinaires. L'enfant passait avec une étonnante mobilité de la tristesse la plus profonde à la joie la plus immodérée, de la colère la plus emportée à des éclats de rire forcenés. Elle était agacée, comme hors d'elle-même, et insensible aux pénibles émotions que cette manière d'être ne manquait pas de répandre autour d'elle. Bien plus, le 20 août, forte de la faiblesse et de la stupeur de son entourage, elle paraissait en train de domination absolue lorsque j'arrivai dans la pièce où elle jetait le désordre et l'effroi. Prévenu de ce qui s'était passé et vivement impressionné par ce que je voyais, j'affectai vis-à-vis de la malade une sévérité qui ne m'était point habituelle, et, après avoir examiné l'état de la langue et du pouls, je conclus à l'impossibilité de récidive du mal passé et à l'existence d'un état nerveux dépendant en grande partie de la volonté de l'enfant, et susceptible d'être promptement modifié par elle seule, sans le secours d'aucun remède. Que si la volonté de la malade ne suffisait pas, il y aurait lieu de la remettre en pension pour la séparer de sa famille, dont elle troublait le repos d'une

manière si fâcheuse. Cette menace, appuyée par le père, eut un résultat aussi prompt que satisfaisant.

Les 21, 22, 23, 24, les caprices de la jeune fille devinrent de moins en moins excentriques, et, le 25, on put lui rendre devant moi le témoignage qu'elle avait fait tous ses efforts pour être sage, et qu'elle y était parvenue. Dans la soirée de ce même jour, chose extraordinaire dans nos climats à l'âge de dix ans! après quelques coliques légères, un écoulement de sang d'un rouge vif eut lieu par les parties génitales, et continua avec assez d'abondance pendant les trois jours qui suivirent. Cette première apparition des menstrues ne serait pas, au dire de la mère, les seuls signes de puberté. Les seins présentent plus de volume et le pénil est recouvert de poils.

Le 4 septembre, le père vient me dire que la veille, à quatre heures du soir, après quelques instants d'un silence obstiné pendant lequel sa figure exprimait la tristesse la plus sombre, la jeune fille s'était mise à courir dans l'appartement; en proie à une agitation convulsive générale, heurtant et frappant tout ce qu'elle rencontrait, meubles et personnes. Puis, tout à coup, elle était tombée sur le carreau sans connaissance et dans un état de rigidité inflexible, les membres supérieurs et les inférieurs étendus horizontalement, de manière à former un grand X ayant le tronc pour centre. Enfin le tronc s'était recourbé jusqu'à n'avoir d'autre point d'appui sur le sol que l'occiput et les talons. Des inhalations ammoniacales lui avaient donné à deux reprises comme des secousses électriques, après lesquelles elle était tombée dans un assoupissement profond. Enfin, un quart d'heure après le début de cette attaque, une troisième inhalation d'ammoniaque avait déterminé un réveil définitif; puis elle était restée pendant quelques minutes dans un abattement pénible et exprimant par gestes qu'elle avait des étourdissements et une douleur vive à la tempe gauche.

Enfin elle avait repris l'usage de la parole pour dire qu'elle venait de voir ses parents d'Amérique et pour annoncer la mort d'une tante dont, peu de jours auparavant, on avait appris la maladie. Je me hâte de dire que cette prédiction ne s'est point réalisée.

Le 4, le 5, le 6 et le 7, de nouvelles attaques de la même espèce se reproduisirent régulièrement de onze heures à une heure, sans qu'il me fût possible d'arriver à point pour les voir.

Le 8 septembre, à onze heures et demie, la jeune fille avait recommencé à faire toute sorte d'espiégleries et d'extravagances. Tantôt elle agaçait ses sœurs du geste et de la voix, leur donnant des chiquenaudes ou des tapes sur la figure, leur adressant des paroles sans suite, d'une voix aigre et discordante, ou poussant des cris sauvages, vraiment effrayants par leur raucité et la rapidité avec laquelle ils se succédaient. Tantôt elle tourmentait sa belle-mère par des caresses et des étreintes désordonnées, tout en l'insultant et répondant à ses remontrances par des menaces et même par des coups. L'énergie et l'étonnante vitesse de ses mouvements, la volubilité et l'incohérence de son langage; la mobilité de ses traits, ses contorsions et ses grimaces, la rougeur vive de ses yeux, l'égarement et l'animation extraordinaire de son regard, tout cet ensemble effrayant constituait un véritable accès de manie furieuse. Mes tentatives d'apaisement furent accueillies par des *chut* impérieux qui ne souffraient pas de réplique, et faillirent m'attirer la fureur de la malade. Enfin l'agitation fait place aux pleurs et aux sanglots. Elle tombe sur le parquet, comme dans les dernières attaques, sans mouvement; et les membres, d'abord dans un état de résolution complète, ne tardent pas à se roidir dans l'extension forcée; les poings fermés, les pouces en dehors, sont tendus sur les avant-bras de manière à former avec leur face dorsale un angle assez aigu. Pas de craquements

dans les articulations. La roideur des membres devient telle que toute tentative de flexion est impuissante. Alors la tête se renverse fortement en arrière, et le tronc est recourbé en arc, comme dans l'opistothonos. L'incurvation du tronc, comme l'extension des membres, augmente par secousses successives. A mesure que l'occiput se rapproche de la colonne cervicale, la face devient livide ; les traits, contractés, expriment la douleur. D'abord les yeux sont fermés, et la saillie de la cornée sous les paupières permet de suivre les mouvements de rotation convulsive du globe de l'œil ; puis les paupières, brusquement écartées, laissent à découvert l'œil au regard fixe et hébété, à pupille dilatée et immobile. La vue, l'ouïe, la sensibilité paraissent abolies. Après cinq minutes de durée de cette affreuse crise, nous jetons sur la tête quelques gouttes d'eau froide qui provoquent des soubresauts et des cris sourds inintelligibles. La face est animée de mouvements alternatifs de rire expansif et de contractions douloureuses. L'extension forcée des membres et du tronc est peu à peu remplacée par une détente générale. La respiration, qui ne s'entendait pas d'abord, devient pressée, suspirieuse. Enfin des lotions sur la face lui rendent son expression naturelle. L'enfant balbutie les noms de son grand-père et de sa tante, et fait signe de la main que la tête lui tourne, qu'elle a mal à la tempe gauche et qu'elle a besoin de repos. Ses yeux se ferment ; en effet, et après quelques minutes de sommeil, elle reprend ses sens et sa raison et n'a conservé aucun souvenir de ce qui s'est passé depuis une demi-heure.

La périodicité des attaques des jours précédents m'avait donné l'idée d'essayer des préparations de quinquina ; cependant je préférai revenir à l'emploi du fer, qui m'avait déjà si bien réussi dans des conditions un peu différentes, il est vrai. Quoique l'état général fût satisfaisant, l'appétit bon, et la coloration de la face meilleure, quatre tablettes

de chocolat ferrugineux furent administrées le jour même ainsi que les jours suivants. Les accès cessèrent le 9 et le 10, mais le 11 à midi, au moment de ma visite, de nouvelles extravagances viennent annoncer une nouvelle attaque. Sans s'inquiéter le moins du monde de ma venue, la jeune fille se livre envers sa mère et son père à des actes fort irrévérencieux. Puis, comme elle paraissait se plaire à battre toutes les personnes qui se trouvaient à sa portée, je déclare tout haut que le meilleur moyen de guérir cette singulière manie consiste à rendre les coups avec usure. Comme on ne pensait pas que des attaques véritables pussent se manifester pendant le traitement ferrugineux, et que d'ailleurs la patience de tous était à bout, mon conseil est accueilli sans hésitation et suivi avec rigueur. D'abord irritée et rendue furieuse par des ripostes sur lesquelles elle était loin de compter, et qui ne le cédaient en rien à la violence de ses coups, elle ne tarde pas à être domptée et à s'enfuir, brisée et confuse, sous le lit d'une chambre voisine. Là, hors de toute atteinte, elle se met à chanter et à répéter, toujours sur le même ton, une phrase dépourvue de sens, qu'elle accompagne d'un trépignement cadencé des pieds et des poings, non pas pendant quelques minutes, mais pendant trois heures consécutives. Au bout de ce temps, la proposition de déjeuner faite par un domestique est accueillie après quelques hésitations. On vient doucement s'asseoir à table, on mange avec appétit et puis l'on reprend sa vie habituelle comme s'il ne s'était absolument rien passé d'extraordinaire. Cette singulière attaque, réprimée à la mode de Paracelse, ne suivit point ses phases habituelles. Il n'y eut ni perte de connaissance, ni rigidité tétanique, etc. Les coups rendus l'avaient modifiée d'une manière fort désagréable pour tout le monde, il est vrai, mais enfin il y avait lieu d'espérer qu'en suivant désormais cette méthode d'intimidation, nous arriverions à bonne fin.

Le lendemain, 12 septembre, je venais prévenir les parents de la jeune fille, et devant elle, que plusieurs locataires de la maison, troublés par le bruit de la veille, étaient allés se plaindre au commissaire de police du quartier, et que ce magistrat m'avait sommé de faire transporter ma malade dans une maison de santé, si elle continuait à compromettre le repos des voisins par ses accès de folie ; que les règlements de police sur ce point étaient d'une extrême sévérité, et que, dans le cas de faiblesse ou de condescendance de ma part, les agens du service de sûreté viendraient eux-mêmes remplir les ordres de leur chef. Cette menace effraya ou parut effrayer toutes les personnes qui l'entendirent, et produisit sur l'imagination de la jeune fille une impression si profonde que depuis il n'a plus été question d'attaques d'aucune sorte.

Les 25, 26, 27 septembre, des flueurs blanches, mêlées d'une faible quantité de sang, tiennent lieu des règles, sans autre symptôme précurseur ou concomitant qu'une excitation générale du système nerveux, évidemment comprimée par la volonté de la malade. Le traitement ferrugineux, continué jusqu'au moment du départ pour l'Amérique, c'est-à dire jusqu'à la mi-octobre, a contribué sans aucun doute, ainsi que le traitement par répression et intimidation, à maintenir le corps et l'esprit dans un état de santé parfaite.

En résumé, une enfant de neuf ans et demi, d'une constitution délicate et nerveuse, sous l'influence d'émotions tristes, pendant le cours d'une fièvre typhoïde bénigne, devine en songe la mort de son grand-père, et après cinq mois de santé parfaite, présente des accidents nerveux très variés : d'abord ce sont de simples défaillances, puis des attaques de nerfs consistant en une perte subite de connaissance, accompagnée ou suivie de convulsions cloniques. Maintes fois, dans l'intervalle des accès convul-

sifs, la malade tombe dans une sorte d'extase au souvenir de son grand-père mort et de sa tante absente.

Plus tard, l'état extatique et les convulsions se confondent en une seule attaque et se compliquent de phénomènes nouveaux. Quatre à cinq fois par semaine d'abord, puis sept à huit fois par jour et jamais pendant la nuit, l'enfant est prise d'un besoin irrésistible de dormir, ferme les yeux, perd promptement l'usage de ses sens et s'entretient avec le défunt ; puis cette vision ne tarde pas à s'effacer à peu près complétement et fait place à une autre qui ne se traduit pas seulement en paroles, mais encore en gestes et déambulations très animés. Poursuivant sa tante qu'elle croit arrivée à Paris, elle mord les mains qui la retiennent, et, à défaut de celles-ci, les siennes propres. Puis surviennent des convulsions générales cloniques qui tantôt signalent la fin du rêve, tantôt marchent pour ainsi dire de pair avec lui.

Lorsque ces attaques sont arrivées à leur summum d'intensité et de fréquence, deux phases nouvelles se manifestent : 1° l'erreur du rêve se continue pendant leurs intervalles, et l'on peut croire à un commencement de folie ; 2° des symptômes de chlorose se développent. Le traitement ferrugineux modifie et fait disparaître en quelques jours ces derniers, et en même temps tous les troubles nerveux si variés qui constituent l'affection primitive. Après un mois de guérison survient une toux convulsive qui, six semaines plus tard, est remplacée par le retour d'un état nerveux très prononcé que compliquent bientôt des accès de délire apyrétique. Ces accès, merveilleusement comprimés par un premier essai d'intimidation, ne sont point guéris par la première apparition des règles, qui a lieu à dix ans et demi. Au contraire, l'excitation cérébrale redouble d'intensité, s'élève jusqu'à la fureur et est bientôt suivie de convulsions plus tétaniformes que cloniques, de perte de connaissance, de sommeil extatique, et, une fois

même, de prédiction qui ne se réalise pas. Ces attaques de nouvelle forme se répètent quatre jours de suite, périodiquement durant quinze à vingt minutes chaque fois, et s'arrêtent avec la reprise du traitement ferrugineux pendant trois jours seulement; alors un nouvel accès caractérisé par la manie de battre, et traité par les coups rendus avec usure, avorte et n'est point suivi, comme les précédents, de convulsions ni de sommeil extatique. Une menace très sérieuse de séquestration complète la guérison, qui se soutient pendant le reste du séjour en France, c'est-à-dire pendant un mois.

RÉFLEXIONS.

Tels sont les principaux faits qui vont servir de base aux réflexions que je dois vous soumettre sur le diagnostic, les causes et le traitement de cette singulière affection.

Je ne dirai rien du songe révélateur qui, pendant le cours de la fièvre typhoïde, avertit à temps la jeune fille de la mort de son grand-père. Les faits de ce genre ne sont pas rares, et il n'est personne qui ne puisse en citer de semblables. Sans avoir la prétention d'expliquer le mécanisme mystérieux de leur production, on peut admettre que si les pressentiments pendant le sommeil ou pendant la veille peuvent s'élever jusqu'à la vision claire et précise de faits actuels ou futurs, c'est surtout lorsqu'ils s'exercent sur l'objet d'une affection vive, passionnée, ou de préoccupations incessantes. Aussi, en relatant cet antécédent éloigné de la maladie qui nous occupe, ai-je pensé donner une idée de la place que l'amitié du vieillard tenait dans les pensées et les sentiments de sa petite-fille. Mais ce qui paraît plus extraordinaire, peut-être, que le songe lui-même, c'est sa reproduction sous une forme nouvelle, non plus pendant le sommeil, mais au milieu d'accidents ner-

veux les plus variés, après cinq mois d'une santé parfaite. Est-il possible que pendant tout ce temps la jeune fille ait été réellement aussi saine d'esprit qu'elle paraissait l'être de corps? Il y a lieu de supposer, au contraire, que la perte irréparable qu'elle venait de faire, en déterminant dans son existence un changement complet accompagné de maintes petites privations très impatiemment supportées, a dû prendre peu à peu sur son esprit tout l'empire d'une *idée fixe*. C'est là sans doute la transition, l'anneau caché qui relie entre eux le rêve divinateur et l'affection nerveuse dont nous allons nous occuper.

En l'absence de tout symptôme caractéristique de lésions matérielles des centres nerveux et d'affections d'autres organes unis à ceux-ci par des sympathies plus ou moins étroites, on peut tout d'abord établir la nature idiopathique des convulsions qui ont signalé le début de la maladie. Leur forme clonique, la perte de connaissance qui les précède et les accompagne, permettent de les rapprocher des attaques hystériques; mais on ne peut pas dire que la malade fût une hystérique ordinaire. Jamais, en effet, elle ne nous a présenté ni l'oppression ni l'angoisse qui résultent de la sensation d'étranglement guttural ou de constriction épigastrique, ou de la boule hystérique. Enfin, dès que nous avons pu être témoin de ses attaques, nous avons constaté un phénomène qui ne s'observe pas au début des paroxysmes hystériques, le sommeil. Puis survenaient les mouvements convulsifs, et, avec eux, d'autres accidents nerveux également étrangers à l'hystérie simple.

Reconnaissons toutefois que le développement si précoce des facultés affectives, de l'intelligence et de la sensibilité de la malade; que ses allures, dans les intervalles des accès, semblaient déceler une nature hystérique. Nous désignerons donc sous la qualification d'*hystériformes* les convulsions observées dans la première période de l'affec-

tion, qui s'étend de son début à la disparition des attaques pendant le traitement ferrugineux.

Mais ce caractère change dans la seconde période, qui comprend la récidive jusqu'à la guérison par la combinaison de la méthode de répression avec les ferrugineux. Alors les convulsions deviennent plus toniques que cloniques; elles sont plus prolongées et tétaniformes. L'extension du tronc et des membres augmente par secousses successives, par saccades; enfin, l'expression de la face rappelle plutôt l'épilepsie que l'hystérie. Ces convulsions peuvent être dites épileptiques, mais cependant la malade n'est pas épileptique; car nous n'avons jamais constaté chez elle ni l'*aura epileptica*, ni l'écume à la bouche, ni la morsure de la langue, ni la flexion du pouce, ni le coma, ni l'état d'aberration mentale ou d'hébétude qui lui succède. Ceci posé sur la nature et la forme des convulsions, passons en revue les autres accidents nerveux qui les compliquent. Ce sont des troubles cérébraux qui se manifestent tantôt isolément, tantôt dans le cours des attaques convulsives. D'abord nous voyons la malade souvent immobile sans mot dire, les yeux fixes, et puis sortant de cet état de stupeur pour pleurer; s'endormant quelquefois lorsqu'elle était assise, puis se levant en sursaut pour appeler son grand-père mort ou sa tante absente, et pleurant à chaudes larmes lorsqu'on la rappelait à la réalité. Le plus souvent étrangère aux conversations qui avaient lieu devant elle, ou n'y prenant part qu'accidentellement et brusquement, comme si elle sortait d'un rêve. Plus tard, au début de la récidive, nous voyons survenir encore, indépendamment de tout mouvement convulsif, un accès plus nettement caractérisé que les précédents. Le 16 août, la jeune fille s'étant assise à table reste immobile, la tête penchée sur son assiette, paraît endormie, et, un moment après, se met à converser avec les personnes qui font la compagnie habituelle de ses

rêves, etc. A mesure que l'affection première ou la récidive font des progrès, ce singulier état se confond avec les convulsions hystériques ou épileptiformes. Mais, en même temps que ces attaques compliquées se multiplient, la malade, de plus en plus absorbée par sa vision et privée de l'usage normal de ses sens, ne se contente plus de parler; elle crie, gesticule, marche et court aussi bien qu'elle pourrait le faire étant éveillée, dans une direction et vers un but déterminés par la nature même de sa vision.

Avant d'aller plus loin, cherchons à classer et à dénommer cet ensemble de phénomènes nerveux:

Au début, la malade, ayant l'attention concentrée sur un seul objet et les sens fermés momentanément aux impressions du dehors, nous paraît être dans cet état désigné par Calmeil sous le nom d'*extase mystique*. L'accès dont elle a été prise à table se rapproche beaucoup de la seconde forme d'extase décrite par le même auteur sous le nom d'*extase cataleptique;* mais, pour être en droit d'appliquer cette dénomination à cet accès, il faudrait en avoir été témoin et avoir constaté que la malade, restée sans mouvement comme une statue, dans l'attitude d'une personne qui va manger, était en outre susceptible de recevoir et de conserver de nouvelles positions, comme cela a lieu chez les cataleptiques. Dans sa thèse sur la catalepsie, l'extase et l'hystérie (*Thèses de Paris*, 25 j. 1844), un ancien interne des hôpitaux de Paris, M. le docteur Favrot admet une troisième espèce d'extase, dans laquelle il fait rentrer tous les cas où les malades, absorbés par leurs idées, croient s'entretenir avec des êtres surnaturels ou voir des êtres ou des objets absents. Cette forme d'extase, que l'auteur appelle *somnambulique*, et dont il puise les exemples dans l'histoire des saints, me paraît susceptible d'être confondue avec les hallucinations véritables et certaines manies, et ne pas comprendre exactement le fait dont il est ici question. Car ces accès que nous avons dé-

crits commencent par le sommeil. Or, dans l'extase vraie, *il n'y a pas apparence de sommeil, bien que les sens soient dans l'inaction* (J. Frank). D'ailleurs, nous pouvons nous passer de néologisme quand nous trouvons dans J. Frank (chap. XIII du *Traité des maladies nerveuses*), sous le titre de *somniation*, une description parfaitement applicable à notre observation. Cet auteur appelle ainsi une maladie appartenant à l'état de veille et souvent périodique, présentant presque l'image du sommeil, et durant laquelle le malade tout à la fois gesticule, se promène, écrit, parle, fait des vers, chante, danse et devient presque devin, sans qu'après le paroxysme il lui reste le moindre souvenir de tout ce qui s'est passé. Il admet deux espèces de somniation. Sans nous occuper de la somniation artificielle dans laquelle il fait entrer tous les cas de sommeil magnétique, voyons ce qu'il dit de la somniation spontanée. Celle-ci se montre *au milieu de la veille*, soit instantanément, soit après quelques prodromes : la *tristesse*, une douleur de tête, des *lipothymies; divers mouvements convulsifs*, surtout des yeux; de la catalepsie ou de la danse de Saint-Guy. Bientôt le malade présente plus ou moins l'image d'une personne près du sommeil. En effet, s'il n'a pas les yeux toujours fermés, au moins sont-ils insensibles. Le *pouls est souvent sain* ou il est plus lent qu'à l'état normal, et la chaleur du corps est naturelle; la respiration est à peine perceptible, et, lorsque l'accès est passé, les malades reviennent à eux *comme sortant d'un sommeil;* d'autres fois, *ils marchent comme des somnambules*, mais pendant le jour, et font même des voyages, rendent des oracles sans qu'ils conservent *pour cela le moindre souvenir de ce qu'ils ont fait*. Les paroxysmes se montrent tantôt d'une manière régulière, tantôt irrégulièrement, en laissant souvent après eux de la faiblesse.

La somniation ne doit pas être confondue avec le somnambulisme. Le somnambulisme arrive pendant le som-

meil ; la somniation a lieu pendant la veille. Le sommeil pendant lequel se montre le somnambulisme est normal; il est sain et naturel en soi; le phénomène qui accompagne la somniation sous l'apparence du sommeil, est morbide, anomal, et diffère entièrement du sommeil naturel. Le somnambule, assez souvent, se souvient au moins d'avoir rêvé ce qu'il a fait; après la somniation, il ne reste pas le moindre souvenir de ce qui s'est passé.

Je ferai observer, en outre, que, dans le somnambulisme, on n'observe pas de convulsions, tandis que ce symptôme accompagne presque toujours la somniation. Du moins en a-t-il été ainsi dans la plupart des cas observés ou cités par Frank, et dans le fait que nous croyons pouvoir en rapprocher.

Les *accès de somniation*, accompagnés de convulsions hystériformes, qui ont constitué la première phase de la maladie, ont été considérablement modifiés dans la seconde, lorsque sont survenues les convulsions épileptiformes. Alors nous voyons se déclarer des accès de délire ou de manie furieuse, dans le cours desquels l'extase et la somniation, d'abord réduites à l'état de rêve passager, finissent par s'effacer tout à fait au milieu des accidents convulsifs. On ne peut pas dire que la maladie ait complétement changé de nature; mais la métamorphose qu'elle a subie est telle, que, si cette seconde phase eût été observée chez un autre sujet, on eût pu la classer parmi les manies et les hallucinations, et méconnaître complétement les caractères de la somniation.

Pour compléter tout ce qui a trait à la symptomatologie de cette affection nerveuse, protéiforme par excellence, rappelons que notre malade, dans les intervalles de ses attaques, comme avant leur première apparition, a été toujours plus ou moins tourmentée par cet état nerveux, si bien décrit par M. le docteur Sandras, et qui est comme

un fonds commun sur lequel naissent et se développent la plupart des névroses.

Un mot maintenant sur les causes et le traitement de la maladie. Une constitution éminemment nerveuse, une éducation vicieuse, des habitudes de bien-être et des privautés exceptionnelles ; puis des revers de fortune, des chagrins de famille, auxquels l'intelligence et la sensibilité précoces de la jeune enfant prenaient une part toujours trop grande; le changement de climat et de coutumes; l'éloignement des grands parents, c'est-à-dire de cette partie de la famille qui dispense les témoignages d'un amour aveugle sans le moindre mélange de sévérité. Voilà des conditions plus que suffisantes pour expliquer le développement de l'état nerveux chez notre jeune malade. La mort du grand-père, l'émotion vive d'abord, puis les changements dans la manière de vivre qui en résultent, peuvent être considérés comme la cause déterminante des premières attaques. Plus tard, des symptômes de chlorose se développent, en même temps que les accès d'extase et de somniation se multiplient et s'aggravent ; enfin, immédiatement avant et après la première apparition des règles, des accès de manie furieuse se manifestent. En vérité, il m'est impossible de ne pas considérer la chlorose et la manifestation précoce des menstrues comme causes, la première, de l'aggravation, et la seconde, de cette modification importante de l'affection nerveuse.

Ici, comme dans beaucoup d'autres cas de névroses, la médication antispasmodique est restée impuissante. Malgré l'éther, le quinquina et la valériane, les bains simples et la belladone, la névrose suivait son cours et semblait s'aggraver par le seul fait de sa durée (*vires acquirit eundo*). Au bout de quatre mois, l'état général commence à souffrir, et nous sommes en présence d'une chlorose mal caractérisée, il est vrai, mais exigeant néanmoins un traitement spécial. Le fer est un de ces médicaments héroïques

qui nuisent s'ils ne servent pas; son administration, dans ce cas, ne pouvait avoir lieu qu'avec une extrême réserve. Car les attaques, arrivées à leur summum d'intensité, ne se répétaient pas moins de sept à huit fois par jour; et l'on pouvait redouter les dangers de ce traitement s'il était inopportun. Si, au contraire, la gravité des accidents était accrue par la chlorose, les préparations ferrugineuses, en déterminant une prompte amélioration de cette affection secondaire, devaient exercer une influence des plus favorables sur la névrose. Mais nous n'osions pas en attendre la guérison complète. Cependant ce traitement interne, combiné avec les bains sulfureux, produisit, au bout de quelques jours, une cure merveilleuse. La guérison se soutint pendant près de deux mois et demi ; mais une céphalalgie gravative, une bronchite simple, devenue plus tard spasmodique, le retour de l'appétit et des forces m'ayant mis dans le cas de suspendre l'usage du fer et des bains, je ne tardai pas à voir succéder à la toux convulsive les extases, qui furent bientôt après suivies de troubles nerveux d'une autre espèce. Cette rechute et ces complications nouvelles s'étant manifestées dans d'assez bonnes conditions de santé, je fus naturellement conduit à demander leur guérison à une méthode de traitement différente de celle employée quand la maladie était chlorotique ; c'est alors que je fis un premier essai d'intimidation, dont les heureux résultats furent compliqués de la première apparition des règles. La manifestation, tout à fait inattendue, de cette nouvelle fonction, chez une jeune fille de dix ans et demi, paraissait tout naturellement ne pas pouvoir être étrangère à la cessation des accidents nerveux auxquels elle avait été en proie précédemment. J'avoue que, méconnaissant tout d'abord la valeur réelle du traitement par intimidation, j'attribuai surtout à la modification organique en question la suspension des accès de manie, et que j'allai même jusqu'à espérer qu'ils

ne se reproduiraient plus si les règles s'établissaient définitivement ; mais je m'aperçus bientôt que je m'étais trompé; car, huit jours après l'époque menstruelle, les accès de manie compliqués de convulsions tétaniformes se répétaient avec une intensité nouvelle, affectant dans leur apparition journalière une sorte de périodicité qui n'avait point existé pour les convulsions hystériformes compliquées d'extase et de somniation. Convaincu par ce fait que la menstruation n'avait apporté aucune heureuse modification dans la maladie, je me demandai au contraire si elle n'avait pas pu contribuer à son retour sous une forme nouvelle. Cette dernière interprétation acquiert un certain degré de probabilité aux yeux des praticiens qui ont été à même d'observer les accidents nerveux parfois si bizarres qui précèdent, accompagnent ou suivent la menstruation chez les adultes. D'ailleurs, nous avions affaire à une jeune fille dont le développement physique général paraissait loin de répondre à l'importance de la nouvelle fonction qui s'établissait chez elle, et il était raisonnable ou plutôt physiologique d'admettre qu'une aussi grande anomalie dût amener des perturbations nerveuses d'une gravité proportionnée. Quoi qu'il en soit de la valeur de cette appréciation, elle a influé sur ma thérapeutique, et, dans le but d'aider la nature en augmentant les forces de la malade, je me suis décidé à lui faire reprendre les préparations ferrugineuses, qui avaient déjà si bien réussi. Cette fois encore les accès, qui duraient depuis cinq jours, s'arrêtèrent, mais trop brusquement pour qu'il fût possible d'attribuer cette suspension au traitement. Trois jours après, les accès ayant reparu avec une nouvelle intensité, je crus devoir, tout en continuant l'usage du fer, revenir au traitement par intimidation; et, comme on a pu le voir, c'est lui qui, en dernier lieu, a déterminé la cessation des attaques. Les coups rendus, la menace de séquestration dans une maison de santé, ont

agi sur la malade comme la douche froide et la crainte seule de la douche agissent sur les aliénés de Bicêtre et de la Salpêtrière. Il y a eu à la fois une véritable dérivation physique et morale. La guérison s'est soutenue jusqu'au moment du départ pour l'Amérique ; et les nouvelles que j'ai reçues il y a quelques jours, sous la date du 15 décembre, me confirment dans l'espérance qu'elle sera définitivement consolidée, d'abord par l'habitation avec les parents, qui, après la mort du grand-père, ont été l'objet constant des visions extatiques ou somniatiques, et des pensées de la jeune fille dans les intervalles des accès; ensuite par les conditions hygiéniques nouvelles au milieu desquelles elle va se trouver dans le pays natal, conditions dont l'effet le plus important, sans doute, sera de fortifier la constitution, et, par suite, de déterminer l'établissement régulier de la menstruation.

NOTICE SUR FOUQUIER

Par M. REQUIN,

EX-SECRÉTAIRE GÉNÉRAL (1).

(LUE EN SÉANCE DU 22 SEPTEMBRE 1852.)

Pierre-Éloi Fouquier naquit, le 26 juillet 1776, dans un chétif village, ou, pour mieux dire, dans un hameau de l'ancien Vermandois, Maissemy près Saint-Quentin, aujourd'hui département de l'Aisne. Aussi voyons-nous qu'au début de sa carrière doctorale, sous le Consulat et dans les premiers temps de l'Empire, il se faisait appeler Fouquier de Maissemy : ainsi s'inscrivit-il, par exemple, sur la liste officielle des membres qui composaient la Société académique de l'École de médecine. Non pas qu'il eût alors la vaine idée, qu'il commît le ridicule anachronisme de s'attribuer des semblants nobiliaires, lui demeuré, depuis, si simple et si modeste dans ses jours de prospérité et de grandeur; mais c'était, sans aucun doute, pour se distinguer le mieux possible d'avec son homonyme de sanglante mémoire, pour protester en quelque sorte contre tout soupçon de parenté avec cet exécrable pourvoyeur de l'échafaud révolutionnaire, ce Fouquier-Tinville, dont le nom, présent alors encore à l'imagination de tout le monde, était un symbole universel de mépris et d'horreur. Un bien meilleur démenti à cette sinistre homonymie, c'est d'avoir sévèrement voué sa vie à l'accomplissement assidu des labeurs et des devoirs de notre

(1) L'article III du réglement de la Société ordonne que le secrétaire général devra lire à la Société une notice sur les membres morts dans l'année.

pénible et noble profession : ainsi s'est toujours montré, avec une rare persévérance, le très regrettable collègue dont j'ai à tracer ici une brève biographie ; et son nom, désormais brillamment relevé dans l'estime publique, est devenu un des symboles les plus purs de l'honorabilité médicale.

C'est en 1802 que Fouquier se fit recevoir, à l'École de Paris, docteur en médecine : il avait alors vingt-six ans. Jusque-là, nous ne savons rien de lui, sinon qu'il avait débuté par être chirurgien militaire, comme tant d'autres médecins de sa génération ; mais il n'avait pas pris goût pour cette vie errante et agitée où les Larrey et les Desgenettes recueillaient la gloire à côté de nos grands généraux ; il avait opté pour une destinée sédentaire et pacifique, celle de la médecine civile ; et, dans ce but, il s'était hâté de reprendre l'indépendance d'un simple étudiant pour séjourner à Paris même, pour chercher à son gré l'instruction et la puiser abondamment dans les amphithéâtres, dans les hôpitaux et les bibliothèques de cette savante métropole. Quoi qu'il en soit, nous n'avons, sur sa vie d'étudiant, pas plus que sur ses années d'enfance et d'adolescence, aucune anecdote à vous raconter ! Venons-en donc immédiatement à sa thèse inaugurale, qui se fit distinguer entre les thèses de ce temps-là, toutes consciencieusement composées avec grand soin, souvent même avec un remarquable talent, et non pas réduites, comme il y en a aujourd'hui beaucoup trop, à la mesquine tâche d'une formalité scolaire tant bien que mal remplie. Cette thèse a le titre que voici : *Avantages d'une constitution faible* (Paris, 1802, n° 123). Titre original et piquant ! Elle est dédiée au professeur Hallé : c'était déjà faire preuve d'un sage esprit de conduite et d'un excellent discernement que de se placer sous le patronage d'un tel homme, en qui l'estime publique rendait hommage à la triple alliance d'un savoir encyclopédique, d'une irréprochable vertu et

d'une habileté médicale universellement recherchée. Mais ce qui aurait pu sembler d'un moins heureux présage, c'est le sujet même de la thèse, c'est l'étrange prétention d'attribuer aux gens de complexion faible la prééminence sur ceux de nature robuste, de faire considérer ceux-ci comme généralement inférieurs à ceux-là sous le rapport de la distinction intellectuelle et morale, sous le rapport des chances de maladie, et même, enfin, sous le rapport de la longévité. Après tout, en vérité, ce n'est là qu'un paradoxe, dont les différents points de vue, plus ou moins ingénieusement développés, montrent l'homme d'esprit, mais ne font guère pressentir le professeur Fouquier tel que notre génération l'a vu, plein d'aversion pour les excentricités sophistiques, sérieux dans son langage partout et toujours, attaché imperturbablement au culte du simple bon sens, et s'interdisant, plus que personne au monde, d'être spirituel aux dépens de l'exacte vérité. Toutefois, nous trouvons, non pas dans le corps même de la thèse, mais en note au bas de la page (p. 28-29), deux aperçus aphoristiques sur l'idéal que Fouquier dès lors même se formait d'un bon médecin. Qu'il me soit permis de les citer ici textuellement. « I. Dans les cas dont les sens doivent » décider seuls et avec calme, l'imagination est au moins » superflue; quand les règles sont bornées, un grand sa- » voir est inutile. — II. L'esprit nous égare, l'érudition » nous embrouille, et trop souvent l'expérience n'est qu'un » guide infidèle. L'esprit fait des médecins brillants, » l'érudition en fait des doctes, l'expérience en fait des » présomptueux, le jugement seul en fait d'utiles. » Se mettre au nombre de ceux qui méritent éminemment cette dernière qualification, voilà bien, en fin de compte, le but que Fouquier se proposa surtout d'atteindre. Ce qu'il prit à cœur, c'était de posséder toutes les connaissances réellement nécessaires à la pratique de l'art; c'était de les appliquer avec discernement et avec

succès, sans faire désormais aucune ostentation d'esprit, ni jamais non plus aucun étalage d'érudition.

Ces heures de chômage forcé, trop nombreuses, hélas! que, surtout à Paris, la méfiance ou du moins l'indifférence du public réserve si longtemps au jeune praticien, Fouquier sut les mettre à profit pour imprimer une œuvre de quelque importance et qui lui attirât encore, indépendamment de sa thèse inaugurale, l'attention des hommes distingués de la profession, et fût à leurs yeux un titre scientifique de plus, et, s'il est permis d'ainsi dire, un légitime échelon d'avancement. Il traduisit les *Elementa medicinæ* de Brown. C'était précisément le temps où les idées systématiques du médecin écossais avaient en Europe la plus grande vogue et dominaient la pratique; où l'asthénie était l'objet de la préoccupation générale, comme le fut plus tard l'inflammation; où l'abus des stimulants et des toniques était une thérapeutique banale, comme le fut plus tard, sous le règne d'une hérésie inverse, l'abus, cent fois plus déplorable, des saignées et de la diète exténuante. Après tout, certes, il y avait du bon, beaucoup de bon dans les détails pratiques de cette médecine brownienne, dont Fouquier se faisait non pas le partisan fanatique et aveugle, mais le vulgarisateur impartial et quelquefois même le critique. C'est en 1805, trois ans après avoir été reçu docteur, qu'il publia sa traduction, sous le titre que voici : *Éléments de médecine de J. Brown, traduits de l'original latin, avec des additions et des notes de l'auteur, d'après la traduction anglaise, et avec la table de Lynch.* (Paris, an XIII, in-8.) La traduction anglaise ici mentionnée est celle de Beddoes. (Bristol, 1795, 2 vol. in-8.) La table de Lynch est une sorte de classification ou plutôt de graduation des différents états physiologiques et pathologiques, suivant le degré de l'incitation, cette formule universelle des phénomènes vitaux dans le système de Brown. Notons encore que Fouquier

mit, en tête de son livre, une épître dédicatoire à Corvisart, premier médecin de l'Empereur, rival de Pinel dans l'école et sans rival dans la haute clientèle : décidément, dans le choix de ses protecteurs, il avait la main heureuse.

Aussi ne tarda-t-il pas à être nommé médecin d'hôpital. Certes, il était fait pour parvenir à un semblable poste par le concours, cette institution éminemment égalitaire, éminemment propre à sauvegarder les droits du talent sans fortune et sans nom, cette institution qui a bien, il faut l'avouer, ses jours de défaillance comme toutes les choses humaines, ses jours d'erreur et d'injustice, mais contre laquelle, je l'espère, ne prévaudront pas les murmures intéressés de l'incapacité envieuse, ni même quelques mécontentements légitimes du mérite méconnu. En ce temps-là, l'Autorité administrative nommait suivant son bon plaisir : force était donc bien de briguer et de capter, n'importe comment, la faveur des grands et des puissants ; ce qu'il y avait encore de plus digne, c'était de se concilier le patronage des médecins en crédit : c'est ce qu'avait fait Fouquier. Et en 1807, à l'âge de trente et un ans, il fut placé, comme suppléant de Corvisart, à l'hôpital de la Charité, où, devenu plus tard titulaire, il resta jusqu'à sa mort.

Une fois en position d'exploiter la mine féconde que présente à l'observateur la pratique d'un grand hôpital, Fouquier ne se contenta pas d'en tirer parti seulement pour lui-même, d'observer et de réfléchir pour l'unique profit de sa propre expérience, et de s'instruire, en un mot, d'une façon égoïste. Il voulut être du nombre de ceux qui veillent, pour ainsi dire, à l'entretien du feu sacré, qui prennent une part active au mouvement scientifique, non seulement par des productions imprimées, mais encore par l'enseignement et par ces réunions académiques où chacun apporte à maintes reprises son tribut

de faits et d'idées, et où le choc des opinions fait jaillir la lumière. Aussi se mit-il en relations assidues avec cette célèbre société dite Société de la Faculté de médecine, sorte d'académie qui avait été fondée par un arrêté ministériel du 12 fructidor an VIII, puis réorganisée par un nouvel arrêté du 30 ventôse an XII, qui tenait ses séances le jeudi de quinzaine en quinzaine, et qui subsista jusqu'à la fondation de l'Académie actuelle. Dois-je rappeler ici quelle était la composition de cette Société, brillante élite de la médecine française de ce temps-là? C'étaient: 1° les professeurs, au nombre de vingt-six, puis de vingt-sept, et le chef des travaux anatomiques; 2° les associés ordinaires, dont le nombre varia de seize à vingt, tous praticiens de mûre expérience et de réputation faite; 3° seize associés-adjoints, choisis comme travailleurs actifs du champ de la science. En ce temps de glorieuse régénération, où, sur les ruines de l'ancienne France, la sagesse du Gouvernement consulaire construisait la France nouvelle, et où, entre autres réformes politiques et sociales, les institutions scientifiques renaissaient en harmonie avec le progrès des lumières et l'esprit philosophique du siècle, on avait bien compris quel avantage c'était que les hommes chargés de l'enseignement officiel fussent, officiellement aussi, mis à la tête du mouvement scientifique, soit pour l'utilité de leur initiative dans la direction des recherches à faire, des vérités à établir, des inconnues à dégager, soit pour la vulgarisation scolaire la plus prompte possible des faits importants qui se découvrent et des idées justes qui se produisent; on avait établi, avec grande raison suivant moi, une étroite intimité, et, pour ainsi dire, une sorte de solidarité entre la mission d'enseigner l'art et celle de le perfectionner, en un mot, entre la tâche professorale et la tâche académique. Associés ordinaires et associés-adjoints, c'était là une splendide pépinière où se recrutait le professorat. Se faire admettre

là, c'est à quoi visa Fouquier, animé de noble émulation. Dès 1811 (1), à ce que nous apprennent les bulletins de la Faculté, il adressa à la savante compagnie un mémoire sous le titre que voici : *Histoire d'un tétanos guéri par l'opium, et Observations sur l'usage de la noix vomique dans la paralysie*; mémoire que Larrey et Ribes furent chargés d'examiner, et dont leur rapport fit l'éloge (2).

En 1812, il communiqua une intéressante *Observation* d'anatomie pathologique, qui eut les honneurs de l'impression dans le *Bulletin* (3) : *Sur une plaque osseuse développée entre la plèvre et les côtes.* Il s'agit d'une ossification pleurale ou plutôt sous-pleurale, de dimensions très extraordinaires ; occupant la plèvre droite, dans le sens vertical, depuis la sixième côte jusqu'à la neuvième, et transversalement, depuis le corps des vertèbres jusqu'à la portion cartilagineuse de ces côtes ; trouvée à l'autopsie d'un homme de quarante-sept ans, mort de tuberculisation pulmonaire.

C'est en payant, par de semblables tributs, sa dette de candidature académique que Fouquier, grâce surtout à sa bonne renommée qui allait toujours grandissant, fut élu associé-adjoint de la Société, en juillet 1816, à l'âge de quarante ans. Depuis lors, Fouquier n'en fut que plus zélé à fournir son contingent de travaux académiques. Relevons dans les *Bulletins* de la Faculté, et passons rapidement en revue tout ce qu'il fit en ce genre, jusqu'en 1820, où la Société fut dissoute.

1° *Mémoire sur l'usage de la noix vomique dans la paralysie.* Inséré dans le numéro IX de l'année 1816, et les numéros I, II, III et IV de l'année 1817 du *Bulletin.* Ce mémoire était le fruit de recherches poursuivies depuis 1811, où Fouquier, comme nous l'avons vu, avait offert à

(1) 24 mai.
(2) 6 juin.
(3) Année 1812, n° IV.

la Société l'hommage de ses premiers essais en ce genre de médicamentation. Six observations recueillies par lui-même, plus, dix autres fournies par l'un de nos plus vénérés collègues, M. Bricheteau, alors interne à l'Hôtel-Dieu sous Asselin et sous M. Husson ; en tout, seize observations, voilà la base sur laquelle Fouquier se crut fondé à proclamer la noix vomique comme un spécifique nouveau (1), comme un agent aussi précieux qu'efficace pour la cure des paralysies essentielles ou dynamiques, c'est-à-dire qui ne fussent pas causées et entretenues par un vice matériel du système nerveux. Il s'était déterminé à tenter l'emploi médical d'un si redoutable poison d'après les expériences faites sur les animaux par Raffeneau-Delile et M. Magendie, et d'où ressortait l'évidente démonstration de la propriété que les strychnos ont de produire le tétanos. Aussi se félicitait-il de l'inspiration, ou plutôt de l'induction très rationnelle à laquelle il avait obéi : « J'atta- » che, il faut que je l'avoue, » disait-il, « d'autant plus » d'intérêt à l'honneur de cette découverte, que je ne la » dois pas au hasard. » Sans compter Asselin et M. Husson, déjà cités, il y eut encore d'autres praticiens de renom et d'autorité, notamment Hébréard, chirurgien de Bicêtre, M. Duméril, M. Magendie, M. Bretonneau, etc., qui suivirent l'exemple de Fouquier et obtinrent de remarquables succès. Bref, Alibert, dans ses *Eléments de thérapeutique*, ouvrage alors classique, dut enregistrer cette propriété antiparalytique de la noix vomique, propriété dont MM. Trousseau et Pidoux, qui sont aujourd'hui nos classiques en fait de matière médicale, ont rendu, eux aussi, un très bon témoignage, et qu'ils n'hésitent pas à proclamer comme l'une des plus importantes découvertes thérapeutiques de notre époque (2). Certes, c'est bien là un titre

(1) Page 220.

(2) Voyez le *Traité de thérapeutique et de matière médicale*, de Trous.

fait pour transmettre le nom d'un homme à la postérité. N'oublions pas, au surplus, de noter que le mémoire où Fouquier expose sa découverte est vraiment un modèle, soit pour la description des effets de la noix vomique, soit pour la distinction des cas curables et des cas d'incurabilité dus à quelque vice organique ou à la compression des centres nerveux.

2° Observation d'un cas curieux d'*Inflammation du foie, terminée par la suppuration de ce viscère et l'expectoration du pus.* Avec autopsie. (Dans le *Bulletin,* année 1817, numéro VI.)

3° *Notice sur les ouvertures naturelles et accidentelles, observées entre les cavités droite et gauche du cœur.* (Dans le *Bulletin*, numéro XI de l'année 1819.) Notice composée à propos d'une pièce d'anatomie pathologique que Fouquier avait fait voir à la Société dans la séance du 25 février de ladite année, et qui était un exemple remarquable de cette communication contre nature des cavités du cœur. L'observation avait été recueillie à la clinique de la Charité, et rédigée par M. Thibert, qui la lut lui-même à la séance, sous les auspices de Fouquier. Elle se trouve insérée dans le numéro précité du *Bulletin*. Il s'agit d'un jeune homme de vingt-quatre ans, mort en 1818, sans qu'on eût soupçonné jusque-là une si grave affection. Avant la maladie, qui dura près de six semaines, il n'avait offert ni symptômes indicatifs de quelque vice organique du cœur, ni aucune apparence de cyanose. Et, dans les six dernières semaines, le malheureux patient fut bien en proie à la dyspnée suffocante, à l'hémoptysie, aux palpitations de cœur, aux douleurs précordiales, à l'hydropisie, etc.; mais point de coloration bleue de la peau. A l'autopsie, on trouva non seulement le trou de Botal tout béant, mais, de plus, une grande ouverture très irrégulière à la partie infé-

seau et Pidoux. Chap. VI, *Excitants du système musculaire.* Art. *Noix vomique*, *Strychnine.*

rieure de la cloison inter-auriculaire et à la partie supérieure et postérieure de la cloison interventriculaire, d'où le mélange intime des deux espèces de sang. Un professeur, à ce que nous apprend le procès-verbal de la séance, pensa que cette dernière ouverture n'était pas congéniale, mais qu'elle devait résulter de la destruction graduelle de la cloison.

4° *Rapport sur un mémoire* donné par un médecin russe, M. Kittisch, et intitulé : *De inflammatione*. Rapport lu en séance du 29 juillet 1819.

5° *Réflexions sur la matière médicale et sur les doses auxquelles on peut administrer certains médicaments.* (Dans le *Bulletin*, numéro VIII de l'année 1819.) Indépendamment de la noix vomique, bon nombre d'autres substances vénéneuses ou suspectes avaient été, entre les prudentes mains de Fouquier, l'objet d'expériences thérapeutiques poursuivies avec persévérance. Ce praticien judicieux s'était inspiré d'une très sage pensée, qu'il exprime dans les termes que voici : « La témérité a ses dangers, sans » doute ; mais l'extrême timidité ne permettra jamais une « heureuse tentative. » Il proclama la jusquiame comme un bon succédané de l'opium, pour l'avoir expérimentée avec le meilleur succès pendant la durée du blocus continental. Il s'assura que le rhus toxicodendron, alors préconisé contre la paraplégie, pouvait bien être employé sans danger ; mais il n'y reconnut pas la moindre vertu, pas plus que la laitue vireuse, quoi que pussent en dire aussi certains prôneurs, ne lui parut avoir d'efficacité contre l'asthme. Il reconnut, au contraire, l'acétate de plomb pour être un remède fort puissant contre les sueurs colliquatives. En expérimentant infructueusement l'aconit napel contre l'épilepsie, il le trouva du moins doué d'une propriété diurétique très prononcée. Il constata le pouvoir antipsorique de la décoction de tabac, employée en lotions. Mais il eut le tort de ne voir dans l'eau de laurier-cerise

qu'une substance inerte, et de la déclarer tout à fait dépourvue de propriétés vénéneuses, faute certainement d'en avoir eu qui fût de bonne qualité, qui ne fût pas ou mal préparée ou éventée.

6° *Rapport sur un mémoire de M. Chomel, ayant pour titre :* De l'existence des fièvres. — Après de grands éloges accordés à ce mémoire, où mon futur maître embrassait avec une ferme conviction la solution affirmative du point alors en litige, et se montrait si sagement réfractaire à l'engouement général de la jeunesse médicale de cette époque pour la doctrine dite physiologique, Fouquier fait, pour son propre compte, une protestation très résolue et très bien motivée contre l'idée broussaisienne renouvelée de Prost, l'idée d'imputer toutes les fièvres à la gastrite.

Enfin, dans le n° VII du *Bulletin* de l'année 1820, M. Ratier publia, d'après la pratique et les leçons de Fouquier, un article intitulé : *Considérations générales sur le mode d'administration des médicaments ; et Observations sur l'usage interne de l'acétate de plomb.* — Ces observations, au nombre de treize, établissent péremptoirement la vertu antisudorifique de l'acétate de plomb. Ce sel était administré, sous la forme pilulaire, à la dose d'un grain (5 centigrammes, nouveau style) par chaque pilule : on en poussa l'emploi quelquefois jusqu'à neuf et même douze pilules par jour.

Il y avait déjà quelques années que Fouquier faisait des cours particuliers de pathologie médicale, lorsqu'en 1820 l'École dut pourvoir, par suite de la mort de Bourdier, à la vacance de ce qui s'appelait alors la clinique de perfectionnement. Ces cours de Fouquier avaient beaucoup de succès parmi les élèves; car il savait, à force de lucidité, les journaux du temps nous l'attestent, rendre son enseignement accessible à toutes les intelligences. Entre autres, par exemple, un critique pseudonyme (1), fort spirituel,

(1) Véridique Alleyes-Allears. — Pour ma part, j'ignore qui c'était.

mais d'humeur assez sombre et très volontiers médisante, qui publiait dans la *Revue médicale* (1), le plus librement du monde, en franc paysan du Danube et pour ainsi dire avec le cynique privilége du masque, ses impressions sur les choses et sur les hommes de la médecine parisienne, signale Fouquier comme un de ceux vers qui les étudiants accouraient en foule, « avec une espèce de fureur (2) », disait-il.

Renommée bien acquise de praticien habile et prudent, zèle assidu à se tenir au courant du mouvement scientifique, progrès réels heureusement opérés dans le champ de la matière médicale, succès dans l'enseignement particulier, tout cela, certes, donnait bien à Fouquier un droit légitime de candidature au professorat officiel.

En ce temps-là, c'était sur la présentation de la Faculté, et sur une présentation purement et simplement élective, que le Pouvoir nommait le professeur. Le concours, ce grand principe d'émulation, d'égalité et de justice, que la sagesse de l'Empereur avait consacré dans le décret d'organisation de l'Université; qui, autrefois, servit de base séculaire, d'une façon si exclusive et si glorieuse, au recrutement de l'ancienne École de Montpellier; qui, sans amener ici-bas le règne d'Astrée, sans accomplir la réalisation ici-bas impossible de l'équité absolue, fut et sera toujours, dans le double intérêt du service public et de la rémunération due au mérite, la digue la plus forte contre les iniquités du népotisme et des coteries; qui peut bien subir parfois des éclipses, bruyamment applaudies par la gent envieuse, — voire même agréées, avouons-le, par le caprice de l'opinion, trop souvent lasse du bien et rêvant un mieux utopique et surhumain, — mais sera toujours réclamé, tôt

(1) *Revue médicale*, t. I; *Lettres médicales sur Paris*, n° I.

(2) « Les étudiants se portent *avec une espèce de fureur* aux visites de » MM. Alibert, Broussais, Cullerier, Esquirol, Fouquier, Husson, Ja- » delot, Petit et Récamier. » (*Loc. cit.*, p. 194.)

ou tard, par la résipiscence du public, et reviendra en crédit comme le Juste après l'ostracisme ; le concours,— pardonnez-moi d'en avoir intercalé ici l'éloge, pardonnez cela, Messieurs, à une sorte de piété filiale, — le concours avait été supprimé par la Restauration (ordonnance du 17 février 1815, article 29). On y avait substitué le système que voici : la Faculté faisait une présentation de quatre candidats, élus l'un après l'autre au scrutin individuel, et le droit de nommer l'un des quatre était dévolu à la Commission de l'Instruction publique. A peine ce système commençait-il de fonctionner, et quoiqu'il eût eu pour résultat d'installer dans la chaire de médecine légale un homme des plus distingués par l'esprit et le caractère, Royer-Collard le père (1), la Faculté, en septembre 1818, méfiante qu'elle était avec juste raison à l'endroit des influences du monde politique, et forte de l'assentiment à peu près unanime du monde médical, avait émis le vœu que dorénavant les chaires vacantes fussent obtenues par concours. La Commission de l'Instruction publique, dont le président était l'illustre philosophe et publiciste Royer-Collard, frère du professeur de médecine légale, ne voulut point déférer à ce vœu ; seulement, pour éviter toute réclamation de la part de la Faculté, elle s'engagea, non pas certes par un contrat authentique, mais par une sorte de promesse confidentielle, à nommer constamment le premier des candidats présentés, les trois autres ne devant plus être sur la liste que pour la forme : ce qui fut, il faut le dire, tenu avec une religieuse fidélité. Or, en séance du 26 février 1820, vingt-deux professeurs étant présents, la Faculté eut à faire son choix entre les huit candidats que voici : Double, Esquirol, Fouquier, Honoré, Pariset, Récamier, et enfin M. Husson, le seul et unique survivant de cette savante pléiade. Fouquier fut élu le premier, à douze voix contre

(1) Nommé en 1816.

dix qu'obtint M. Husson : celui-ci eut ensuite la seconde place sur la liste de présentation ; Récamier, la troisième ; et Pariset, la quatrième (1). La Commission de l'Instruction publique donna, comme de raison, l'investiture professorale au premier candidat de la liste ; et ce fut par une seule et même lettre, en date du 8 mars, qu'elle notifia tout à la fois à l'École la nomination de Fouquier à la chaire de clinique de perfectionnement, et celle de M. Roux à la chaire de pathologie chirurgicale. Ils furent introduits et installés tous deux dans la même séance (9 mars 1820). De cette nomination pour ainsi dire gémellaire, l'un des deux seulement a déjà payé tribut à la commune destinée. Fasse le ciel ! — permettez-moi, Messieurs, d'exprimer ici ce vœu, qui aussi bien est le vôtre, — fasse le ciel que l'illustre et vénéré professeur qui survit, survive encore de longues années pour le bien de l'enseignement et l'honneur de l'École !

Maintenant, avant de passer outre, disons tout de suite les mutations de chaire que je dois relever, en biographe exact et minutieux, dans la vie professorale de Fouquier. Lors des ordonnances Corbière de triste mémoire, l'une, en date du 21 novembre 1822, pour l'illégale suppression, puis l'autre, en date du 2 février 1823, pour la réorganisation arbitraire de la Faculté de Paris, Fouquier fut un de ceux dont on respecta les droits ; il ne se trouva point dépouillé de sa toge ; il fut réintégré, mais ce fut dans la chaire de pathologie médicale.

Enfin, à la révolution de 1830, M. le duc de Broglie, devenu ministre de l'Instruction publique, s'étant empressé, et nous l'en louons fort, de faire signer à Louis-Philippe une ordonnance (2) qui mettait un terme à l'ini-

(1) Pour compléter l'histoire de ce scrutin, rappelons que Double, Esquirol et Honoré eurent quelques voix : Rullier et M. Jadelot en eurent aussi, quoiqu'ils ne se fussent pas portés candidats.

(2) Ordonnance du 5 octobre 1830.

quité et qui réintégrait dans leurs chaires les Jussieu, les Deyeux, les Desgenettes, si tyranniquement mis dehors par Corbière; il advint que, par suite de cette mesure, Fouquier reprit une des chaires de clinique médicale, celle de la Charité, où il resta jusqu'à sa mort.

Il faut bien l'avouer, ce professorat officiel ne fut pas la partie la plus brillante de la vie de Fouquier, et ne répondit pas aux espérances naturellement excitées par le renom qu'auparavant le professeur s'était acquis dans l'enseignement particulier. Esprit droit et nourri d'une instruction solide, raison sévère et vouée à l'amour du vrai, expérience consommée et rompue à toutes les difficultés de l'observation clinique, tact fin et sûr pour le diagnostic, Fouquier avait tout cela; mais il n'y joignait pas l'attrait de l'éloquence. Lorsqu'il fut nommé, c'était précisément l'époque où la foule des élèves courait entendre avidement une parole âpre et rude, mais ardente et persuasive, celle de Broussais, ce puissant hérésiarque, qui par un double enseignement, tour à tour au Val-de-Grâce ou dans l'amphithéâtre de la rue des Grès, là comme organe officiel de la médecine militaire, ici comme professeur particulier, prêchait et inculquait aux jeunes esprits son décevant système, splendide antithèse du brownisme, dès lors déchu et honni. Les sages, mais froides leçons de Fouquier ne purent faire diversion à la vogue de l'hérésie. Tant on a raison de répéter cette maxime-ci : « Ce n'est pas la vérité qui persuade les hommes; ce sont ceux qui la disent. » Tant il importe donc, n'en déplaise à certains Zoïles du talent oratoire, tant il importe au bien public, que pour le recrutement du professorat, élection ou concours, on fasse toujours choix, autant que faire se pourra, d'hommes qui aient non seulement l'amour et le discernement du vrai, mais aussi le don d'attacher et de maîtriser les esprits par la puissance de la parole ! Si l'aphorisme, *Vir bonus medendi peritus*, est une exigence suffisante pour l'idéal du prati-

cien, l'idéal du professeur en médecine veut absolument tout ce que voici : « *Vir bonus et medendi et dicendi peritus.* »

Du moins Fouquier a-t-il été un des types les plus irréprochables, un des modèles les plus accomplis de la première devise. Surtout il s'appliquait à remplir, avec une ponctualité merveilleuse et plus constante peut-être que ne l'eut jamais personne au monde, les devoirs quotidiens sans cesse renaissants, les plus petits comme les plus importants, de la vie de professeur et de praticien. Et c'est là ce qui explique et légitime fort bien son immense réussite comme praticien. Mais ne semblerait-il pas qu'il y a une sorte d'incompatibilité entre un si minutieux accomplissement des mille et une affaires, souvent si minces et si mesquines, de la vie pratique, et les loisirs nécessaires à la noble mission de travailler pour la science, de la servir par ses écrits, de la doter de vérités nouvelles. Toujours est-il qu'une fois promu au professorat, Fouquier, de ce jour-là jusqu'à sa mort, ne paya qu'un mince tribut à la littérature médicale. Tout ce qu'en fait d'histoire littéraire nous avons à citer de lui dans ce laps de trente années, se réduit aux quatre points que voici :

1° Une édition du texte latin de Celse. — A. C. Celsi *De re medica*, libri VIII. Editio nova, curantibus P. Fouquier et F. S. Ratier (Paris, 1823, in-18). — Ce n'était pas, il faut le dire, une édition nouvelle dans le sens philologique du mot, mais bien une simple réimpression de la fameuse édition de 1769, qui fut l'œuvre d'un docte latiniste, Léonard Targa (1). Au surplus, on a tout lieu de croire qu'il en a été de cette publication latine comme de

(1) On doit à Léonard Targa deux éditions de Celse. La première, réputée pour être la meilleure, parut en 1769 (Padoue, in-4°) : elle était le résultat de la collation de quatorze manuscrits et de toutes les bonnes éditions jusque-là publiées. La seconde (Vérone, 1810, in-4°) est moins estimée, quoique produite quarante ans plus tard, et d'après une révision sévère du texte avec le secours d'un quinzième manuscrit.

la traduction qui parut un an après et dont je vais parler : si le nom de Fouquier figurait sur le titre du livre, ce n'était, à ce qu'il paraît, que pour patronner le nom, jusque-là inconnu et obscur, du jeune médecin qui surveillait cette réimpression, et pour inviter les esprits, avec bien plus d'autorité, à la lecture du pathologiste romain.

2° La traduction de Celse, sous le titre que voici : *Traduction nouvelle, par Fouquier et Ratier* (Paris, 1824, in-18). — Mais, à cet égard, écoutons ce que pense le dernier et le plus habile des traducteurs de Celse, M. le docteur Chaales des Étangs. « Ceux qui connaissent, dit-il, la bien-» veillance naturelle de M. Fouquier, n'hésiteront pas à le » croire complétement désintéressé dans la question. Il » n'est guère permis de douter qu'il aura voulu seulement » appuyer de son nom les premiers essais d'un jeune mé-» decin. On a d'ailleurs une raison plus concluante de ne » voir ici que M. Ratier : c'est que lui-même, dans l'*Ency-» clopédie des gens du monde* (art. CELSE) (1), ne parle qu'en » son propre et privé nom, et sans y joindre celui de » M. Fouquier, de sa traduction *nouvelle.* » (Chaales des Étangs, *préface*, p. VIII.) Sachons, effectivement, qu'il y avait au monde une traduction faite en 1753, celle de Henri Ninnin, traduction très incorrecte et d'un style bien vieilli. En 1821, la librairie Delalain l'avait réimprimée (2) presque identiquement telle quelle, sous la responsabilité anonyme de l'initiale L., sans notes, sans commentaires, sans rectification des erreurs. La seule idée de ce réviseur, ou plutôt de ce plagiaire, dont le nom est resté une énigme bibliographique, c'était, comme le remarque très bien M. Chaales

(1) Ratier, *art. cité.* « Cette édition » (de L. Targa) « nous a été d'un » grand secours dans celle que nous avons donnée en 1823, de concert » avec M. Fouquier. ». . . . . « Nous avons publié aussi une » traduction la même année que nous donnâmes notre petite édition » latine. »

(2) In-12, avec le texte de la première édition de Targa en regard.

des Étangs (*loc. cit.*), de « rajeunir le français quelque peu » gaulois de son prédécesseur ; mais, restant complète- » ment asservi aux mêmes tours de phrase, il crut faire » assez en remplaçant des expressions vieillies par d'autres » moins surannées. » Or, à en croire M. Chaales des Étangs, qui le déclare de la façon la plus formelle, « la traduction » *nouvelle* de Ratier n'est que la reproduction de H. Ninnin, » modifiée par M. L. »

3° Un discours d'apparat, pour la séance solennelle de rentrée de la Faculté, le 1er décembre 1834. Discours écrit avec une austère simplicité, mais tout empreint de douce sagesse et d'expérience persuasive. Après avoir commencé par signaler les améliorations qui, depuis le décanat de M. Orfila, et grâce à ce vigilant administrateur, s'étaient opérées tant dans le matériel de l'école que dans l'enseignement même ; après avoir aussi fait remarquer combien le nombre des étudiants croissait alors d'année en année, et combien, par cela même, les études avaient dû gagner de force et atteindre un niveau de plus en plus élevé, Fouquier adresse aux élèves les avis les plus judicieux, les exhortations les plus sensées, sur la nécessité d'allier assidûment l'observation et la lecture ; de lire non seulement les auteurs du jour, mais aussi les anciens, et surtout de fuir les œuvres excentriques de l'esprit de système, et bien davantage encore les éphémères diatribes du journalisme polémique. Il s'adresse aussi aux jeunes praticiens. Et avec quelle autorité ne leur rappelle-t-il pas ici, par exemple, le devoir d'être à la hauteur de l'art ; là, les espérances à fonder sur l'assiduité du travail! Ici, il s'écrie : « Si J.-J. Rousseau voulait que la médecine « vînt sans le médecin, c'est que le médecin est venu « trop souvent sans la médecine. » — Là, il dit, avec non moins de fondement : « Les esprits précoces, et même « supérieurs, sont quelquefois éclipsés par des hommes « que la nature avait traités avec moins de faveur ; le travail

« peut effacer les distances et rétablir l'équilibre ; il donne « même souvent l'avantage à ceux qui s'y livrent avec « ardeur et opiniâtreté. » Mais coupons court aux citations, et bornons-nous à dire que d'un bout à l'autre du discours règne un exquis parfum de bon sens et de vertu.

4° Enfin, en 1843, fondation d'un nouveau *Journal de médecine*, dont notre savant et honorable collègue M. Beau fut le rédacteur en chef. M. Beau, dont la renommée, quoique déjà grande alors, n'était pas encore ce qu'elle est aujourd'hui, avait cru bon de s'abriter, lui et ses collaborateurs, sous le prestige d'un haut patronage. Il avait invoqué son maître, et son maître ne lui fit pas défaut. Aussi Fouquier, de concert avec M. le professeur Trousseau, se posa comme fondateur du journal nouveau. A la vérité, il n'y inséra rien. Pas plus qu'autrefois Corvisart dans l'ancien journal où son nom était inséré à côté de Leroux et de Boyer, Fouquier ne paya ici de sa personne : il ne fit, lui aussi, que prêter son nom.

Voilà, je ne crois pas avoir rien oublié, voilà toute l'histoire littéraire du professeur Fouquier. C'est peu, et là ne fut pas, je le répète, la raison de son grand succès dans la clientèle, de sa solide et longue vogue comme médecin consultant, de sa fortune et de ses honneurs. Vous savez, en effet, Messieurs, et je n'ai pas besoin de vous rappeler longuement quelle importance et quelle autorité Fouquier se créa dans la sphère de la pratique; quelle estime il commanda et aux gens du monde et aux médecins ; combien d'années il partagea avec les Portal, les Double et les Laennec, l'empire de la consultation, et cela même en plein règne de cette doctrine soi-disant physiologique, dont le maître le surnomma, dans une mordante boutade, *Refugium peccatorum;* et, enfin, quelle clientèle distinguée il sut se conserver jusqu'au bout de sa carrière. Dois-je rappeler aussi tous les titres, toutes les distinctions qu'une fois nommé professeur il obtint

successivement, soit par les suffrages de ses pairs, soit par la juste faveur du Pouvoir? Membre titulaire de l'Académie de médecine, par ordonnance royale, dès la fondation de ce corps savant, en décembre 1820; et président, par élection, en 1842. Chevalier de la Légion-d'Honneur en 1827, officier de l'Ordre en 1841, et commandeur en 1847. Médecin de S. M. Louis-Philippe, d'abord à simple titre de médecin consultant, puis comme médecin ordinaire, et puis comme premier médecin après la mort de Marc en 1840. Vice-président, toujours réélu, de la Société de prévoyance. Enfin, en 1850, dès la seconde année d'existence de la *Société médicale des hôpitaux de Paris*, nous lui conférâmes la présidence de notre fraternelle association, par un vote ou plutôt par une sorte d'acclamation unanime, qui nous honora autant qu'il s'en tenait lui-même honoré.

Cette grande situation, vous le savez, Messieurs, et vous l'affirmeriez tous avec moi, Fouquier ne la dut ni au hasard ni à l'intrigue. Il la mérita, il sut la conquérir par une rare réunion des qualités d'esprit et de caractère qui sont nécessaires à l'utilité complète et à la juste dignité de la pratique de notre art. S'il ne fut, avouons-le, ni professeur éloquent, ni grand auteur, du moins fut-il, — ce qui n'est pas sans doute aussi brillant que le génie ou l'éloquence, mais n'est guère plus commun à rencontrer, — un vrai modèle du praticien accompli. Savoir solide et toujours tenu au courant de tout ce qui intéressait directement le diagnostic et le traitement des maladies; exquise rectitude de jugement au lit du malade, et bon sens imperturbable, même dans les cas les plus difficiles et les plus alarmants; humeur égale et dont la merveilleuse sérénité ne se démentait pas devant les assertions les plus excentriques et les objections les plus contrariantes; tenue grave sans manières sauvages, et imposante sans airs dédaigneux; langage sobre et réfléchi, de façon à donner

de l'autorité aux moindres paroles; puissant prestige d'une moralité sans tache; constant respect et sentiment parfait des convenances; exactitude scrupuleuse à remplir ses devoirs professionnels, à se trouver à l'hôpital, à la Faculté, aux consultations, avec une ponctualité inouïe, et pour ainsi dire chronométrique; en un mot, réalisation exemplaire de tout ce qu'il est de mode aujourd'hui d'appeler, suivant le mot emprunté au philosophe Bentham, la déontologie médicale. Voilà ce que nous montra Fouquier. Voilà par où il fut un homme utile au monde; le monde l'en récompensa très largement, et ce fut justice.

Au faîte de l'ambition médicale, et avec beaucoup plus de fortune qu'il n'en fallait pour satisfaire pleinement les modestes exigences des mœurs et des goûts d'un sage tel que lui, Fouquier avait eu, de plus, le rare privilége d'atteindre la période septuagénaire en y conservant cette santé de corps et d'esprit sans laquelle tous les autres biens d'ici-bas perdent leur prix et que le célèbre vers de Juvénal (1) nous conseille de demander au ciel pour seul et unique vœu. Avec la considération publique, l'heureux vieillard avait aussi les douces joies du foyer domestique, auprès de ses chers enfants, sa fille unique, dont il avait joint la destinée à un honorable magistrat, M. Casenave (2), et sa petite-fille, elle aussi, hélas! fille unique! Mais, ô triste vicissitude des choses humaines, quelle affreuse interruption de ce bonheur de famille ne devait-il pas éprouver! A peine quelques mois se furent-ils écoulés depuis le mariage de mademoiselle Casenave avec M. Georges Marjolin, mariage heureusement assorti, où se réunissaient les deux rejetons de deux célébrités médicales du siècle, mariage célébré sous les plus riants auspices, à peine, pour ainsi dire, les fêtes nuptiales étaient-elles terminées,

(1) Orandum est, ut sit mens sana in corpore sano.
(Sat. X, v. 356.)

(2) Aujourd'hui conseiller à la Cour d'appel de Paris.

que la fièvre typhoïde, cette fatale peste de nos climats, ce fléau trop souvent indomptable à notre art, vint frapper la jeune épouse et la précipiter au tombeau. A cet horrible deuil, Fouquier se sentit atterré; son inconsolable douleur hâta la fin d'une vieillesse, restée jusque-là verte et vigoureuse; il ne fit plus que languir et s'affaiblir de jour en jour sous le poids de je ne sais quelle maladie indéterminée, et, le 3 octobre 1850, il expira à l'âge de soixante-quatorze ans.

Ses obsèques mirent en évidence, encore une fois de plus, quelle considération il s'était acquise dans le monde. Quoiqu'on fût alors dans le temps des vacances, elles furent honorées par un nombreux concours de gens distingués, amis, médecins, magistrats, hommes du grand monde ou de la haute administration, qui, de la maison mortuaire jusqu'au cimetière Mont-Parnasse, se firent un pieux devoir de suivre le funèbre cortége. Sur la tombe, des discours furent prononcés par MM. Cruveilhier, Piorry, Requin, Serrurier, Vosseur et Depaul, qui, successivement, au nom de la Faculté, au nom de l'Académie, au nom de la Société médicale des hôpitaux, de la Société médico-pratique, de l'Association de prévoyance, et de la Société médicale d'émulation, rendirent hommage aux talents et aux vertus de Fouquier. Enfin, je ne saurais mieux clore cette simple et véridique notice qu'en répétant ici ce que le sentiment le plus vrai me dictait dans mon dernier adieu à ce maître vénéré : c'est que son souvenir vivra dans nos cœurs pour nous être toujours un grand et encourageant exemple de probité médicale, de dignité professionnelle et de confraternelle aménité.

WELLCOME LIBRARY INSTITUTE

SOMMAIRE

DU DEUXIÈME FASCICULE.

I. Recherches cliniques sur quelques signes propres à caractériser le début de la phthisie pulmonaire, par M. Hippolyte Bourdon ..... Page 1

II. Note sur la diminution et la disparition des globules, et, par suite, de la matière caséeuse dans le lait, pendant les phlegmasies aiguës dont sont atteintes les nourrices; et sur quelques unes des conséquences pratiques qui en découlent, par M. Vernois 38

III. Observations de pellagre, par M. Marrotte 50

IV. Observations de pellagre, par le même 54

V. De l'action du sous-acétate de plomb en injections intestinales, par M. le docteur Barthez (François) 59

VI. Rapport de M. Devergie sur le mémoire de M. Barthez 73

VII. Observation d'un cas de méningite rhumatismale, autopsie, par M. Gosset 79

VIII. Rapport de M. Valleix sur le mémoire de M. Gosset 90

IX. Note de M. Hippolyte Bourdon sur le mémoire de M. Gosset. 98

X. De la formation spontanée des gaz au sein des cavités closes, par M. Hérard 105

XI. Rapport de M. Legendre sur le mémoire de M. Hérard 112

XII. De l'hémorrhagie intestinale chez les nouveaux-nés et chez les enfants à la mamelle, par M. Bouchut 116

XIII. Communication faite à la Société médicale des hôpitaux de Paris, sur quelques points de l'anatomie pathologique de la pneumonie, par M. E. de Barthez 133

XIV. De l'influence des maladies aiguës fébriles sur les règles, et réciproquement, par M. Hérard 153

XV. Rapport de M. Trélat sur le mémoire de M. Hérard 213

XVI. Observation de somniation spontanée, avec convulsions hystériformes et chlorose consécutive; développée chez une enfant de neuf ans, sous l'influence de causes morales; momentanément guérie par le fer. — Récidive (à l'occasion de la première menstruation, qui a lieu à dix ans et demi), caractérisée surtout par des accès de manie furieuse avec convulsions épileptiformes, et guérie par la méthode d'intimidation. — Par M. Moissenet 223

XVII Notice sur Fouquier, par M. Requin 250